FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 275

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston REYNIER
De la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Anomalies de la Sécrétion lactée

(DE LA LACTATION EN DEHORS DE LA PUERPÉRALITÉ CHEZ LA FEMME ADULTE)

Président : M. PAUL BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie. ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON TRÈS CHER AMI

M. LE DOCTEUR FERDINAND VIARD

A MON TRÈS CHER AMI

M. LE DOCTEUR JOSEPH BEAUD

A MON TRÈS CHER AMI

M. LE DOCTEUR JOSEPH GAUTHIER

Médecin-Dentiste

A MON TRÈS CHER AMI

M. LE DOCTEUR GABRIEL GIRAUD

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous tenons au début de ce travail à remplir un devoir de reconnaissance, en adressant nos bien sincères remerciements à toutes les personnes qui, jusqu'à ce jour, nous ont entouré de leur sympathie et éclairé de leurs conseils.

A côté de la tendre sollicitude dont nous avons été l'objet au foyer de la famille, nous avons trouvé, durant notre vie d'étudiant, des camarades et des amis dont la sympathie nous a toujours réconforté ; nous leur devons beaucoup des heures agréables de notre jeunesse ; c'est du fond du cœur que nous les remercions, en les assurant d'un fidèle souvenir.

Nous remercions nos maîtres de l'École de médecine et des hôpitaux de Grenoble, nous remercions nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous avons des remerciements tout particuliers à adresser à M. le Dr Amédée Baumgartner. C'est à lui, en effet que nous devons le sujet de notre thèse, et

c'est grâce à ses conseils éclairés que nous avons pu mener à bien ce modeste travail. Nous le remercions bien sincèrement de l'amitié qu'il nous a toujours témoignée. Qu'il veuille bien nous excuser de l'avoir si souvent importuné.

M. le professeur Bar nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Anomalies de la Sécrétion lactée

(DE LA LACTATION EN DEHORS DE LA PUERPÉRALITÉ CHEZ LA FEMME ADULTE)

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Les anomalies de la sécrétion lactée se rencontrent pendant la puerpéralité ou en dehors de la puerpéralité. Elles comprennent les cas où la quantité de liquide sécrété par les mamelles est notablement inférieure ou supérieure à celle qu'on observe dans les circonstances ordinaires, et ceux où la sécrétion se fait hors le temps de la grossesse ou d'un accouchement récent.

L'agalactie et la galactorrhée sont les anomalies de la sécrétion lactée de la puerpéralité.

L'agalactie (de α privatif et de γαλα lait) est l'absence complète de lait chez la femme accouchée. Cette agalactie totale est un phénomène rare. Plus souvent, on rencontre des femmes qui n'ont pas suffisamment de lait pour nourrir leur enfant, elles ont de l'agalactie partielle. L'agalactie est primitive ou secondaire, suivant qu'elle a été observée au moment de

l'accouchement sans que les mamelles aient sécrété du lait dans la suite, ou qu'elle s'est subitement manifestée alors que la mère allaitait normalement son enfant. Cette anomalie est héréditaire et ordinairement bilatérale. La succion du mamelon, une nourriture tonique, l'électricité, le massage des mamelles, le café et le jaborandi comme galactogènes, constituent le traitement de l'agalactie. On pourrait essayer aussi l'opothérapie mammaire.

La galactorrhée (de γαλα lait et ρεω je coule) est le phénomène inverse du précédent. Cette anomalie se présente sous deux formes : tantôt il y a pendant un temps donné une production excessive de lait survenant pendant la lactation physiologique, tantôt il s'agit d'une prolongation exagérée de la lactation. Cette galactorrhée est souvent héréditaire ; elle est en général bilatérale. Cependant on a relevé quelques cas où une seule mamelle produisait du lait en quantité exagérée. En supprimant le sein à l'enfant, en essayant de rétablir le cours des règles si elles sont encore absentes, au moyen de l'opothérapie ovarienne, en faisant de la compression locale, en donnant à l'intérieur du bromure, de l'iodure de potassium, de l'agaric blanc, de l'antipyrine, on arrive parfois à triompher de cette anomalie, et à rendre normale la sécrétion du sein.

En dehors de la puerpéralité, c'est le fonctionnement même de la glande mammaire qui devient l'anomalie ; on a alors de la lactation hétérochrone, de la sécrétion de la glande en dehors de son temps

normal. Cette anomalie se rencontre chez le nouveau-né, garçon ou fille ; au moment de la puberté dans les deux sexes ; chez la femme adulte avant et après la ménopause ; chez l'homme adulte et chez les animaux.

Nous ne nous occuperons pas ici des anomalies de la sécrétion lactée de la puerpéralité, nous étudierons seulement la lactation en dehors de la puerpéralité, et chez la femme adulte seulement.

Dans un premier chapitre, nous grouperons un certain nombre de faits observés.

Nous essaierons, dans un second chapitre, de déterminer la nature du liquide excrété.

Les symptômes seront exposés dans un troisième chapitre.

La recherche des causes de cette lactation fera l'objet de notre quatrième chapitre.

Dans un cinquième chapitre, nous ferons la pathogénie de l'anomalie.

Le sixième chapitre sera réservé au pronostic.

Le traitement fera l'objet du dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des faits

OBSERVATION I (Inédite)

Sécrétion lactée d'origine génitale en dehors de la puerpéralité, par le Dr Amédée Baumgartner

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, me demande en consultation pour métrorragies utérines, accompagnées de sécrétion lactée des deux mamelles, en janvier 1910.

Antécédents personnels. — Aucune maladie en dehors de la rougeole. De dix-huit à vingt ans, quelques crises nerveuses. Trois accouchements en 1904, 1905 et 1907. Rien à signaler à ce point de vue. Enfants bien portants. Malgré son vif désir, la malade n'a jamais pu allaiter ; les montées de lait étaient abondantes, mais d'un lait clair, qui s'écoulait spontanément et qui tarissait au bout de trois semaines. Aucune particularité à signaler du côté des seins au moment de la puberté. La malade a toujours été bien réglée.

La maladie actuelle date d'il y a un mois. Mme X... a été prise de pertes sanguines au moment de ses règles et de douleurs assez vives dans le ventre ; sous l'influence du repos au lit et d'injections vaginales chaudes, ces pertes ont diminué.

Trois semaines après le début des accidents, la malade a senti ses seins se gonfler, comme dans une brusque montée de lait, et la sécrétion lactée s'est établie.

On constate actuellement au toucher vaginal un col un peu gros, ramolli ; l'utérus est en antéversion normale, augmenté légèrement de volume ; à droite les annexes se sentent, l'ovaire est plus gros que normalement, un peu douloureux ; à gauche rien d'anormal. Les seins sont volumineux, tendus, et il est facile de faire jaillir du mamelon, par expression, un liquide qui ressemble en tout point à du lait. Sous l'influence du repos absolu et des injections, les pertes diminuent, l'état général devient meilleur, et au commencement de mars, la malade se lève. Le diagnostic posé rétrospectivement est probablement celui d'avortement (?).

Du mois de mars au mois de novembre 1910, la malade est en assez bon état, bien qu'amaigrie et un peu fatiguée ; elle accuse de plus une sensation de pesanteur constante dans le bas-ventre, et quelques douleurs dans les seins. Les règles sont réapparues régulières ; un peu plus abondantes qu'autrefois. La sécrétion mammaire a persisté ; cette sécrétion est continue ; à toute époque on peut faire sourdre de chaque sein un liquide lacté, un peu clair, d'odeur caractéristique, et qui imprégne l'ouate. Au moment des règles il se produit une véritable montée de lait ; les seins sont douloureux, tendus jusque dans la région axillaire, comme chez les femmes qui cessent brusquement d'allaiter ; la malade est obligée de panser ses seins, et les compresses sont continuellement imbibées de lait ; celui-ci jaillit par les multiples orifices du mamelon, quand on exprime les seins à cette époque ; l'aréole du sein est augmentée de volume, plus

colorée, et il existe autour du mamelon un certain nombre de tubercules de Montgomery.

Au mois de novembre 1910, la malade est prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre ; elle accuse de véritables crises douloureuses expulsives utérines, non accompagnées de pertes, et survenant en dehors des règles ; ces crises sont assez douloureuses pour nécessiter l'usage de la morphine. Le toucher vaginal ne dénote pas d'autres signes que ceux déjà signalés jadis ; le col est légèrement entr'ouvert, un peu exulcéré.

Le Dr Charles Monod, appelé en consultation, pense qu'il s'agit soit d'un polype utérin, soit d'une rétention d'un débris placentaire, si les phénomènes de métrorragie du mois de janvier ont été causés par un avortement.

Je pratique un curettage de l'utérus, sous anesthésie au chloroforme, le 9 décembre 1910, après dilatation progressive aux laminaires pendant les jours précédents. Le curettage n'y amène que des débris de muqueuse peu altérée : drainage, lavage à l'eau iodée, pansement pendant huit jours. Le 28 décembre la malade se lève ; elle est en bon état bien qu'assez affaiblie. La cause même des douleurs, aussi bien que celle des métrorragies du début de l'affection, reste donc ignorée.

Au mois de janvier 1911, la malade se sent parfaitement bien ; les règles sont revenues régulièrement, mais l'hypersécrétion mammaire persiste ; elle a même plutôt augmenté. Le toucher vaginal ne dénote rien d'autre qu'un ovaire droit un peu volumineux. Au mois de mars, je fais dans l'intervalle des règles, et après administration d'un purgatif énergique, une compression des deux seins pendant huit jours ;

chaque jour la malade prend 1 gramme d'antipyrine. Au bout de ce temps, le pansement est enlevé ; la sécrétion semble arrêtée ; la malade prend pendant quinze jours un cachet de poudre d'ovaire Carrion. Aux prochaines règles, la montée de lait se reproduit, et la sécrétion lactée recommence.

De mars à juin 1911, la malade maigrit et s'affaiblit ; les règles sont moins abondantes, mais les seins sécrètent toujours en abondance ; la malade a des nausées fréquentes en dehors des règles et ne s'alimente plus qu'insuffisamment ; le teint jaunit et pâlit. Les montées de lait s'accompagnent de vomissements fréquents et de faiblesses. L'examen des mamelles ne décèle aucune particularité anormale. L'examen du sang, fait par le Dr H. Béclère, ne révèle rien d'autre qu'une légère polynucléose.

Le col utérin est toujours exulcéré ; à la commissure gauche, l'ulcération est un peu plus profonde, mais sans grand caractère ; l'utérus est petit. La malade consulte successivement les Drs Walther et Bar, qui conseillent le repos. Après un court séjour dans une maison de santé, la malade part pour la Suisse. Pendant tout l'été, l'état a empiré ; des vomissements fréquents sont survenus, accompagnés de sensation de lassitude, de refroidissement des extrémités. Les règles ont diminué, puis cessé complètement ; la malade a des pertes blanches, légèrement rosées, d'odeur fétide.

Au mois d'octobre 1911, à son retour à Paris, la malade présente un état général franchement mauvais ; le teint est jaune, terreux, l'amaigrissement est considérable, la fatigue est extrême. Dépression psychique. Les règles ont fait place à des écoulements fétides, légèrement sanguinolents. La sécré-

tion mammaire persiste abondante ; les seins ne présentent d'ailleurs rien d'anormal à la palpation ; on n'y sent ni saillies, ni bosselures, ni traces d'une affection pathologique quelconque ; ils participent à l'amaigrissement général. Le ventre est souple, se laisse facilement palper, et ne décèle rien d'anormal ; au toucher vaginal, l'utérus est en position normale, le col est entr'ouvert, exulcéré, et l'on sent dans le col, près de l'isthme, une petite surface granuleuse et dure. Mon maître, le Dr Walther auquel la malade s'est adressée à nouveau, conseille une hystérectomie abdominale totale. Elle apparaît maintenant comme la dernière ressource, après échec de tous les traitements essayés jusqu'alors, et pour parer à la gravité de l'état général.

14 novembre 1911. — Opération par le Dr Baumgartner (aide M. Giroux). Anesthésie générale au chloroforme (M. Philibert). Asepsie de la cavité vaginale et du champ opératoire à la teinture d'iode.

Laparotomie sous-ombilicale. On aperçoit l'utérus de volume normal et en position normale ; à droite, il existe un kyste de l'ovaire gros comme un petit œuf, pédiculé ; l'ovaire gauche est atteint de dégénérescence polykystique ; quelques adhérences unissent la face postérieure de l'utérus, les annexes et le côlon pelvien. Hystérectomie abdominale totale ; péritonisation par-dessus un drain vaginal. Appendicectomie, enfouissement du moignon en bourse. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

La pièce génitale présente les lésions suivantes : l'utérus est ramolli, ses parois œdématiées, pâles ; la muqueuse est hérissée depuis l'isthme jusqu'à l'orifice externe du col de granulations dures ; la surface vaginale du col présente de

multiples érosions. L'ovaire droit est transformé en un kyste à contenu citrin ; les parois de ce kyste présentent une série de petits kystes à contenu, soit citrin, soit hémorragique. L'ovaire gauche est bourré de petits kystes absolument semblables à ceux contenus dans la paroi du grand kyste de l'ovaire droit. Les trompes sont normales.

L'examen histologique fait par M. Touraine a donné les résultats suivants : « Très beau type de métrite adénomateuse ; l'épithélium est normal dans la partie inférieure, là où il est stratifié. Plus haut l'épithélium cylindrique simple est soulevé par des formations glandulaires très abondantes, parfois un peu kystiques, et par de petites hémorragies. Nulle part de dégénérescence cancéreuse, mais étant donné l'abondance et la prolifération des glandes, il est à penser qu'un cancer aurait pu, à brève échéance, se développer. L'ovaire gauche est scléro-kystique, sans particularité notable. La paroi de la poche du kyste de l'ovaire droit ne présente pas d'autre particularité que celle des transformations kystiques des ovaires. »

Suites opératoires : normales et apyrétiques. Le drain vaginal est enlevé le troisième jour sans qu'il y ait eu d'écoulement notable. Les fils sont enlevés le dixième jour ; réunion *per primam*. La malade se lève le dix-huitième jour, et quitte la maison de santé le vingt et unième, en excellent état.

Deux jours après l'opération, la sécrétion lactée a complètement disparu et n'a jamais réapparu depuis. Il n'y a plus eu aucun des symptômes qui accompagnaient cette sécrétion mammaire, ni tension des seins, ni montée de lait, ni vomissement, ni sensation de faiblesse comme dans les derniers

temps. Depuis cette époque d'ailleurs, l'état général s'est rapidement relevé ; tous les phénomènes morbides ont disparu ; aucun phénomène anormal pouvant être rattaché à la suppression des règles ne s'est montré ; la malade a repris sa vie active d'autrefois.

Le poids est passé de 51 kilos (pesée immédiatement avant l'opération) à 62 kilos. (État actuel cinq mois après l'opération.) La malade pesait 66 kilos en temps normal.

OBSERVATION II

Galactorrhée et abcès de l'ovaire (Hallauer, *Zeitschrift für Geburtsh. in Gyn.*, 1910, t. LXV, fasc. 3, p. 664.)

Il s'agit d'une femme qui vint me trouver il y sept mois avec les symptômes d'une maladie inflammatoire des annexes, et qui en même temps présentait une galactorrhée des plus nettes, sans qu'on puisse la rapporter à une grossesse.

La malade est âgée de vingt-huit ans ; elle a toujours été bien portante et régulièrement réglée. En décembre 1907, elle accoucha normalement et les suites de couches furent normales. Elle a nourri son enfant pendant deux mois, puis elle le plaça en nourrice, parce que son lait se tarit, ainsi qu'elle l'assure formellement.

Six semaines après ses couches, elle ressentit des douleurs dans l'abdomen, elle eut des accès de température, sans être toutefois obligée de garder le lit.

Mai 1908. — Les règles réapparurent pour la première

fois depuis les couches, et depuis se rétablirent très irrégulièrement tous les trois ou quatre mois.

Octobre 1908. — La femme tomba malade. Elle avait eu ses règles au commencement du mois ; un fort écoulement purulent les avait suivies.

Au commencement de novembre s'installèrent les douleurs dans le bas-ventre, avec une fièvre légère. Les douleurs qui étaient très violentes et qui survenaient par accès, obligèrent la femme à entrer dans une maison de santé.

Elle entra à l'hôpital de Shöneberg, et là fut mise en observation pour une grossesse extra-utérine dans le trompe droite. Pendant son séjour, il se développa une collection du côté gauche, s'accompagnant de nouvelles douleurs dans le bas-ventre et d'accès de fièvre. Malgré cela, la diagnostic de grossesse tubaire droite fut maintenu.

En décembre il se produisit un fort gonflement des deux seins, et du lait en sortit spontanément. Vers la mi-décembre, la femme perdit pendant deux jours du sang et des débris. Ces débris furent examinés, mais on n'en conclut pas à un avortement.

Aucune amélioration ne survint après l'institution du traitement antiphlogistique.

La malade quitta l'hôpital après six semaines.

Elle se confia à moi, au début de janvier, et présentait à l'examen les particularités suivantes : les seins sont fortement grossis ; à la pression légère, on faisait sortir un liquide que l'examen microscopique ne permettait pas de différencier du lait normal.

Le bas-ventre examiné, montrait l'utérus en antéflexion, un peu augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche, une

tumeur de la grosseur du poing, un peu dure, adhérente à l'utérus, et qui se laissait facilement mobiliser en même temps que lui. On sentait mal les annexes du côté gauche.

Du côté droit, le volume des annexes était augmenté et on ne pouvait les délimiter nettement. On ne trouvait un peu de sensibilité que du côté droit, pas du tout au nvieau de la tumeur du côté gauche. L'aménorrhée complète datant de deux mois et la sécrétion mammaire me faisaient songer à un myome combiné à une grossesse ectopique. La malade était complètement apyrétique pendant les quatorze jours d'observations. Comme les douleurs persistaient, je me décidai à une laparotomie.

J'incisai, et au lieu du myome attendu, je tombai sur un ovaire kystique, accolé à l'utérus. Les annexes avaient de l'inflammation du côté droit, le paramétrium un peu épaissi. Après avoir tamponné la cavité pelvienne, je cherchai à enlever cet ovaire kystique, ce fut encore assez difficile. La tumeur était adjacente à l'utérus, et se vida d'un pus jaune épais. Après extirpation et péritonisation, je refermai, après avoir légèrement drainé par le Douglas. Après une légère réaction péritonéale, la malade fit une convalescence banale. Depuis, elle s'est bien portée et se trouve délivrée de ses douleurs.

La sécrétion lactée persista depuis ; le lait coule spontanément, souvent en grande quantité et surtout du sein gauche. La menstruation est devenue régulière.

Il y a trois mois, la malade ressentit de nouvelles douleurs du côté droit, vraisemblablement après un rapport. On sentait à droite, au niveau de l'ovaire, une tumeur d'apparence kystique, un peu sensible à la pression. Après un

traitement conservateur, les douleurs rétrocédèrent, mais la tumeur ne s'est pas modifiée. La malade est actuellement bien portante.

Sur la pièce, on remarque un abcès du « corpus luteum » qui est d'ailleurs de grosseur anormale. On voit nettement le contenu du kyste brunâtre et comme du frai de grenouille.

La malade, actuellement, présente encore après sept mois une assez forte galactorrhée, qui a cependant un peu diminué durant ces huit derniers jours ; à la pression le lait sort en jet. Le lait n'est plus aussi riche en corpuscules graisseux ; la sécrétion du sein droit est parfois un peu moins abondante.

OBSERVATION III

Extirpation d'un kyste de l'ovaire et sécrétion mammaire consécutive chez une femme qui n'a jamais été enceinte (Dr Otto Engstrom, *Annales de Gynécologie* de 1889).

Sara K..., trente-six ans, juive (Helsingfors).

Les règles, apparues à l'âge de dix-sept ans, sont revenues régulièrement tous les mois, et duraient d'abord six ou sept jours, mais dans les dernières années trois ou quatre jours seulement ; elles sont toujours très douloureuses. La malade n'a jamais été grosse. Il y a huit ans, un médecin diagnostiqua une tumeur dans l'abdomen ; celle-ci avait déjà atteint une grosseur telle que la femme pouvait elle-même se convaincre de sa présence. Le 12 février 1884, j'extirpai un kyste dermoïde colossal partant de l'ovaire

droit et en partie entra-ligamenteux. Après la guérison, qui se fit rapidement et sans accident, l'opérée se sentait bien et n'avait pas d'autre désir que d'avoir un enfant.

22 octobre 1884. — Elle se présenta de nouveau chez moi. Depuis l'ovariotomie, ses menstrues étaient revenues régulièrement tous les vingt-six jours avec une durée de deux jours et sans fortes douleurs.

A partir du milieu de l'été, les seins sécrétaient du lait, assez pour que le linge en fût constamment mouillé. Les seins étaient un peu plus fermes et les aréoles un peu plus foncées. Les menstrues étaient en outre devenues moins abondantes, et la femme, souffrant de nausées et d'autres troubles dyspeptiques, se crut enceinte. Voici, après examen, son état actuel : mamelles fortes, un peu pendantes. Aréoles brun foncé. Une pression, même légère, fait sourdre de chaque mamelon quelques gouttes de lait d'un blanc bleuâtre. L'utérus est mobile, à parois minces, placé un peu à gauche ; sa longueur intérieure est de 8 cm. 5 (avant l'opération, 12 centimètres par la tension de la tumeur). Portion intra-vaginale de l'utérus pâle et sans rien d'anormal. Pas d'exsudats ni de sensibilité douloureuse dans le bassin et la cavité abdominale. La femme a un peu engraissé, mais à part cela, il n'y a rien à noter sur son apparence. Elle a peine à me croire quand je lui dis qu'elle n'est pas enceinte.

2 février 1885. — Depuis le mois d'octobre dernier j'ai visité deux ou trois fois la patiente, sans rien trouver de changé dans son état. Maintenant elle est encore un peu engraissée. Les règles ont, les dernières fois, duré trois jours. Sécrétion mammaire comme auparavant.

27 mars 1886. — Les seins sont un peu mous, mais donnent

encore, quand on les presse, quelques gouttes d'un lait aqueux. Pendant l'année écoulée, j'ai vu la patiente de temps en temps.

26 février 1887. — La pression fait suinter de chaque mamelon quelques gouttes de liquide d'un blanc jaunâtre ; vu au microscope, ce liquide se compose d'un grand nombre de globules gras, libres, et de quelques globules de colostrum. L'utérus et les parties annexes sont libres. Les menstrues normales.

OBSERVATION IV

Tumeur du bord interne de la grande lèvre gauche. — Incision et sécrétion mammaire consécutive chez une femme qui n'a jamais été enceinte (Dr Otto Engstrom, *Annales de Gynécologie*, 1889).

Mme Thérèse W..., vingt-huit ans, femme d'officier russe (Helsingfors).

13 septembre 1884. — La patiente s'est mariée au mois de février de cette année ; aussitôt après il se forma une tumeur sur le bord interne de la grande lèvre gauche ; la douleur qu'elle en ressentait rendait toute cohabitation impossible. Dans le courant de l'été, elle fut traitée par le Dr Tarnoffsky à Saint-Pétersbourg ; une incision fit écouler beaucoup de pus. Les trois dernières menstrues ont été peu abondantes, mais régulières. Depuis quatre mois, les seins ont commencé à gonfler, les glandes de Montgomery sont devenues saillantes, les aréoles plus foncées, l'abdomen a grossi, et la patiente a été prise de nausées. Aussi se croit-elle enceinte et a-t-elle peur de l'accouchement, bien que le Dr Tarnoffsky

lui ait affirmé qu'elle n'était pas grosse. A l'examen l'utérus n'est pas agrandi, il est fléchi en avant, mobile. La sécrétion utérine est augmentée, claire. Entre la grande lèvre et la petite lèvre gauches, il y a une petite place non recouverte de muqueuse, présentant un tissu légèrement infiltré et très douloureux au toucher. Le tissu glanduleux des seins est bien développé ; les glandes de Montgomery proéminentes ; les aréoles brunâtres. La pression fait écouler goutte à goutte de chaque mamelon un colostrum jaune. Du reste aucun signe de grossesse actuelle ou passée.

La patiente est érotique à un haut degré ; l'attouchement de ses seins avec ses propres mains suffit à la mettre dans un état d'exaltation sexuelle.

Elle est heureuse de n'être pas enceinte et ne désire pas d'enfants.

OBSERVATION V

Endométrite et sécrétion mammaire. — Traitement. — Guérison (Dr Otto Engstrom. *Annales de Gynécologie* 1889).

Mlle Edla L..., trente-quatre ans (Raumo), s'est présentée chez moi le 22 avril 1885. Réglée à l'âge de quinze ans environ, ses menstrues sont revenues régulièrement tous les vingt-six jours, et durent cinq jours, toujours accompagnées de vives douleurs, jusqu'à l'obliger souvent à garder le lit. Ces dernières années, elles ont été moins abondantes, et la dysménorrhée a diminué. Depuis six ans, Mlle L... souffre de douleurs lancinantes dans les seins,

surtout dans le sein gauche ; ces douleurs surviennent à la suite d'émotions, de refroidissement, ou accompagnent la menstruation.

En même temps, les mamelons, surtout le gauche, ont commencé à laisser écouler en petite quantité un liquide jaunâtre. L'examen donne le résultat suivant : utérus long de 8 centimètres, fortement fléchi en avant, mobile. Portion intra-vaginale conique ; d'un rouge un peu bleuâtre. Orifice externe rond, avec une érosion en arrière, à peine visible : sécrétion utérine augmentée, épaisse, presque muqueuse. Les parties annexes libres. Le sein gauche légèrement douloureux au toucher ; pas de chaleur ou de rougeur ; le tissu glanduleux bien développé. Le sein droit n'est pas douloureux, il est un peu plus petit que le gauche ; son tissu glanduleux est également bien développé. Les mamelons des deux seins laissent échapper une petite quantité de liquide jaune peu épais ; si l'on presse, le liquide s'écoule abondamment, mais non en jet et davantage du sein gauche. L'état de nutrition de la patiente est bon, elle est plutôt maigre que grasse, très nerveuse, a déjà été traitée pour maladie de femme. A part l'état des seins, il n'y a aucun signe d'une grossesse actuelle ou passée.

Je prescrivis le bromure de potassium, l'arsenic et les amers ; l'endométrite fut traitée localement ; au cours du traitement, l'écoulement spontané du lait cessa, et le 10 juin on n'en pouvait même plus faire sortir par la pression ; les élancements dans les seins avaient aussi diminué. L'endométrite était presque guérie, et le système nerveux de la malade était beaucoup calmé. Elle désira retourner dans sa famille.

OBSERVATION VI

Sécrétion mammaire unilatérale chez une femme atteinte de maladie génitale et n'ayant jamais été enceinte (Dr Otto Engstrom, *Annales de Gynécologie*, 1889).

Amalia T..., trente-cinq ans, paysanne de Leivonmaki, se présenta chez moi le 20 novembre 1885. Les menstrues, qui ont débuté vers quinze ans, sont revenues assez régulièrement tous les mois jusqu'à il y a trois ans, alors qu'elles revinrent pendant quelques mois avec deux semaines seulement d'intervalle ; leur durée est de six à sept jours ; pendant les premiers jours, il y a de vives douleurs des reins, et aussi, pendant les premiers temps, mais plus ces dernières années, des maux de tête. Depuis plus de dix ans, la femme est obligée pendant les premiers jours de la menstruation, de se tenir debout ou assise, car aussitôt qu'elle veut se coucher, elle a beaucoup d'oppression. Elle souffre en outre de flueurs blanches et de douleurs de reins depuis quelques années. Au commencement de 1878, elle a été en traitement à l'hôpital d'Helsingfors pour une affection cardiaque. Elle s'est mariée à dix-huit ans et n'a jamais été enceinte (pendant les derniers années, l'homme a été par intervalle impotent).

État actuel. — Utérus 7 centimètres, en rétroflexion, n'est pas très douloureux ni notablement épaissi, le fond adhérent en arrière. Museau de tanche un peu conique, non congestionné, orifice externe de l'utérus ovale ; érosion simple, la sécrétion utérine, notablement augmentée, muqueuse, légèrement mélangée de matière purulente. La pression fait sortir

du mamelon gauche une goutte de lait jaunâtre. Les seins n'offrent du reste rien de particulier. Pas d'autres signes qui puissent faire croire à une grossesse actuelle ou passée. Faiblesse. Lésion organique du cœur.

La malade retourna chez elle le 29 mars 1886, après un traitement local et un traitement général fortifiant ; elle était beaucoup mieux, et son sein gauche ne sécrétait plus de lait.

OBSERVATION VII

Sécrétion mammaire unilatérale chez une femme atteinte d'une affection génitale, et qui n'a jamais été enceinte (Dr Otto Engstrom, *Annales de Gyn.*, 1889).

Mme Élisabeth H..., vingt-six ans, de Lappo, se présenta chez moi le 8 septembre 1886. Les menstrues apparues à quinze ans sont revenues tous les mois, avec une durée de deux ou trois jours. Pas de dysménorrhée d'abord, mais depuis environ sept ans la patiente éprouve, le jour avant la menstruation, de si vives douleurs à la taille, aux reins et à la partie antérieure des cuisses, qu'elle est obligée de garder le lit. Elle s'est mariée à vingt et un ans, n'a jamais été enceinte. Écoulements abondants de flueurs blanches depuis quelques années. Santé bonne d'ailleurs. Depuis six mois son sein droit sécrète du lait goutte à goutte (le mari, selon son propre dire, a été affecté plusieurs fois, avant et depuis le mariage, d'une légère gonorrhée).

État actuel. — La patiente a une apparence de santé, un peu grasse, les chairs fermes. Utérus : 8 cm. 5, en antéflexion, le fond très douloureux à la sonde, un peu aussi

à la pression extérieure ; mobile mais avec douleurs ; le corps épaissi. Museau de tanche dans l'axe du vagin, pas beaucoup épaissi, un peu hyperhémique. Ossification externe de l'utérus, rond, petit, pas érodé ; sécrétion utérine un peu augmentée, muqueuse et teinte de sang après le sondage. Le cul-de-sac vaginal postérieur douloureux. Le vagin normal. Du lait jaunâtre suinte spontanément du sein droit ; l'examen microscopique révèle une infinité de globules gras, plus ou moins gros, des globules de colostrum et des groupes épais de cellules polygonales plus ou moins adhérentes entre elles, contenant de petits granules. Pas de sécrétion par le sein gauche, même à la pression. Du reste, aucun signe de grossesse actuelle ou passée.

4 décembre 1886. — La patiente retourna chez elle ; son affection interne était beaucoup améliorée. Avec une forte pression on ne fait sortir du sein droit qu'une seule goutte de colostrum jaune,

OBSERVATION VIII

Sécrétion lactée d'origine génitale en dehors de la puerpéralité (observation rapportée par le Dr Casa Luigi dans la *Gazetta delle Cliniche*, et renfermée dans *les Annales de Gynécologie* t. I. Thèse de Capron).

Femme de cinquante ans atteinte d'un cancer de l'utérus qui vit ses mamelles tuméfiées et douloureuses laisser échapper un liquide d'apparence semblable à du lait, mais un peu plus épais et vert clair.

OBSERVATION IX

Métrite chronique et sécrétion lactée (thèse de Duval).

Cas obligeamment communiqué par M. le Dr Segond, prosecteur de la Faculté.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, ayant eu son dernier enfant huit ans avant son entrée dans le service de M. Gallard, où M. Segond remplissait les fonctions d'interne (1878). Cette femme, depuis cinq ans, était affectée de métrite chronique et présentait un écoulement laiteux par les deux mamelons.

OBSERVATION X

Affections de l'utérus et de ses annexes et sécrétion mammaire, in thèse de Duval.

« Quelques auteurs, dit M. Rollet, à l'article mamelle, dans *le Dictionnaire de Dechambre*, ont signalé certains phénomènes de douleurs et de gonflement des mamelles dans les affections de l'utérus ou de ses annexes (myomes, kystes). »

OBSERVATION XI

Aménorrhée et sécrétion lactée, dans la thèse de Polycarpus Fredericus Schacher qui prit le titre de docteur en 1842 avec sa thèse *De lacte virorum ac virginum, num illud nutriendo infanti sufficiat*, in thèse de Duval.

« Hippocrates, quem sanioris medicæ artis patrem omnes

hodieque suspiciunt ac reverentur, mulieres quas menstrua deficiunt, lac habuere posse, etiamsi nec prægnantes sint, nec peperint, jam dudum fassus est a præ se tulit. »

Hippocrate (Aphor. IX, sect. V).

Plus loin, il cite Avicenne :

« Cui quoque opinioni additus est Avicenna qui : quandoque, inquit, aggregatur lac in mamillis puellarum absque imprægnatione, et absque eo quod genuerint, et hoc proprie, quando retinentur menstrua. »

Avicenne (Fen. XII, lib. III, cas. III).

Suivent des témoignages datant d'une époque moins éloignée :

« Joannes Cæstæus, in illis quæ conceperunt molam, et in aliis, quas menses defecerunt, imo etiam in virginum mammis, lac visum fuisse, experientia edoctus testatur. »

Schacher cite alors une anecdote, qui nous montre combien l'opinion émise par Hippocrate, sur l'aménorrhée et la sécrétion lactée, avait pris racine dans l'esprit des médecins de cette époque. L'un d'eux cita, en effet, l'aphorisme d'Hippocrate que nous avons mentionné plus haut, pour défendre une jeune fille accusée d'avoir perdu sa virginité, parce qu'elle présentait un écoulement de lait par les mamelles. Voici l'anecdote :

« Nec non Christophorus A. Vega in Burgensi quadam puella, quæ virium nunquam experta erat, observavit, lac ei a suppressis, morbis causa, mensibus, ex mammis abundanter effluxisse, ut a non nemine proptera coïtus furtui crimine accusaretur, medico aliquo, gravidam hanc esse,

affirmante. Prudentissimus autem Vega, Hippocratis Aphorismum in memoriam revocans, medici hujus opinioni repugnavit, et puellam ab injusta infamiæ nota vindicavit. »

OBSERVATION XII

Un cas de sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge (Dr Gauthier Neveu, médecin de l'hôpital de Villefranche, *Lyon médical*, 1903).

J'ai eu l'occasion d'observer un cas très curieux de sécrétion lactée supplémentaire de l'écoulement menstruel chez une jeune fille vierge. Il m'a semblé intéressant de rapporter, avec quelques détails, l'histoire de ma malade.

Mlle B..., vingt-cinq ans, jeune fille appartenant à une famille composée de quatre filles, celle-ci en excellente santé et bien réglée. L'une d'elles a un enfant.

Deux sœurs décédées : l'une à six ans, de la diphtérie, l'autre à deux mois, de la variole (?).

Personnellement, la malade n'a aucun antécédent digne de remarque. Elle a été réglée la première fois à l'âge de quinze ans et le fut très régulièrement jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, suppression spontanée des règles pendant trois mois, sans aucun incident, ni aucun phénomène du côté des seins. En 1899, à l'âge de vingt-cinq ans, nouvelle suppression des règles, du mois d'août au mois de novembre.

Au mois de juin 1900, les règles qui étaient redevenues normales sont supprimées en tant qu'écoulement sanguin,

mais remplacées par des phénomènes curieux du côté des seins. Il s'établit spontanément une sécrétion lactée très abondante qui dure pendant quatre à cinq jours, pour diminuer d'abondance sans cependant disparaître complètement dans l'intervalle des époques.

Au mois d'octobre 1900, la jeune fille est conduite chez le Dr Auguste Pollosson pour être examinée au point de vue gynécologique : la sécrétion lactée est toujours très abondante et les règles n'ont pas réapparu.

M. Pollosson constate que « l'utérus est petit, mobile ; il n'y a aucune tuméfaction des annexes, aucune tumeur, aucun kyste ». Il demande à pratiquer un nouvel examen dans un mois et demi. Celui-ci, exécuté le 15 novembre, confirma les données précédentes concernant l'état de l'utérus et des annexes. Un traitement consistant en l'administration, à l'intérieur, de teinture d'iode, puis de thyroïdine, est dirigé contre le nervosisme qui semble être la cause unique de cette sécrétion anormale .

Le Dr Gauthier surveille le traitement qui, dès le mois de décembre, semble amener une diminution de l'écoulement du lait ; il y a même un léger suintement sanguin vaginal. Au mois de janvier 1901, l'écoulement menstruel se fait régulièrement, mais il s'accompagne d'une sécrétion lactée abondante, et il en est de même jusqu'au mois de mai. A ce moment la malade est revenue à un état normal.

En somme, pendant un an, du mois de juin 1900 au mois de mai 1901, cette jeune fille a eu une lactation presque continue. Celle-ci présentait quelques caractères dignes de remarque. Très abondante au moment qui correspondait dans les mois à l'époque des règles, elle obligeait la malade

à se garnir la poitrine de serviettes qui étaient rapidement imbibées. L'écoulement du lait était continu. La pression sur le sein ne l'exagérait point; il se faisait également des deux côtés. Au bout de quatre à cinq jours, la quantité secrétée diminuait sensiblement, tandis que les mamelles devenaient moins turgescentes; mais un léger suintement n'en persistait pas moins pendant tout le mois.

L'analyse du liquide ainsi sécrété n'a pas été faite, mais au point de vue classique, c'était du lait et non pas du colostrum.

Dans ces derniers mois, la jeune fille a accusé quelques palpitations avec gêne respiratoire et sensation de constriction à la gorge : phénomènes annonçant l'apparition des règles.

En somme, c'est une nerveuse.

OBSERVATION XIII

Cas de galactorrhée après une brûlure (Émile Vogt, *Zentralblatt für Gynækologie* du 5 juin 1909).

Femme B. L..., domestique chez C..., vingt-cinq ans; parents vivants et bien portants. Dans sa jeunesse, la femme B. L... a eu la rougeole, la scarlatine, la diphtérie; hémorragie foudroyante à l'âge de huit ans l'ayant rendue malade, au point de ne pouvoir fréquenter l'école. Puberté tardive. Premières règles à dix-sept ans. Régulièrement réglée toutes les quatre semaines pendant trois jours, sans douleur.

Elle resta cinq ans mariée. Son mari était bien portant.

Premier accouchement le 16 janvier 1906; accouchement

spontané ; rupture du périnée, réparée. L'enfant, un garçon, fut allaité huit semaines. Couches apyrétiques.

Deuxième accouchement le 11 janvier 1907 ; spontané ; rupture du périnée avec suture consécutive ; couches apyrétiques. La femme en est déjà au troisième jour. L'enfant, une fille, ne fut pas allaitée ; elle n'aurait pu téter, dit-on, parce qu'une dent l'empêchait de prendre le sein. L'enfant mourut à dix mois de débilité générale.

Troisième accouchement le 29 janvier 1908 ; spontané, couches apyrétiques. L'enfant, une fille, allaitée six semaines, mourut d'affection pulmonaire à huit mois.

Nous devons faire remarquer que cette femme a travaillé durant toute sa grossesse, et qu'elle se levait toujours trois semaines après son accouchement. Elle voyait ses règles réapparaître au bout de six semaines, pour survenir désormais chaque mois avec une régularité parfaite.

16 juin 1908. — B. L... voulut, le soir, faire chauffer du lait sur sa lampe à alcool, elle explosa. Sa chemise, qui constituait son seul vêtement, prit feu ; notre femme courut à la fontaine se tremper dans l'eau ; mais sa chemise en brûlant lui avait déterminé une brûlure du troisième degré, brûlure qui intéressait toute la poitrine, le bras jusqu'au coude, la cuisse jusqu'au genou. Le médecin fit un pansement humide.

18 juin. — La femme entre à l'hôpital où elle reste huit semaines. On lui donna des bains et on lui fit des pansements appropriés. Pendant cinq semaines elle eut la fièvre, mais elle se remit rapidement et l'appétit devint très bon ; la plaie se mit à bourgeonner et l'épiderme changea.

10 août. — Les brûlures furent pansées avec de l'acide borique et des sels d'argent. Quand on changea le panse-

ment, on s'aperçut qu'il était complètement imprégné de lait, et qu'aux deux mamelles du lait suintait.

Les bains et les pansements humides avaient fait que au début, on n'avait pas observé cette sécrétion. Mais la femme nous a déclaré qu'elle avait eu la sensation d'avoir un écoulement aux seins, et que dans la suite elle avait parfaitement observé sa sécrétion mammaire. La sécrétion actuelle remonte donc à l'accident.

Les deux seins coulent régulièrement. Le gauche, qui maintenant est à peu près guéri, fournit plus que le droit, qui présente encore quelques bourgeonnements de sa plaie dans le tiers externe.

16 juillet. — La femme souffre.

21 juillet. — Ses règles arrivent normalement, mais elles ne durent qu'un jour et sont très pauvres. Tout fut essayé pour arrêter la galactorrhée, elle persiste toujours. La sécrétion est si forte que la femme change de linge quatre fois par jour. Les seins produisent continuellement du lait, le jour, la nuit, et principalement quand la femme remue.

L'état actuel est le suivant :

Femme de grosseur moyenne et de nutrition moyenne ; musculature et ossification fortes. Au poumon droit, le murmure vésiculaire est amoindri. Les autres organes n'ont rien. Les différentes brûlures sont en voie de guérison. De la mamelle, on voit sortir goutte à goutte du lait dont la quantité est augmentée par la pression. Il est aussi intéressant de voir la femme avouer spontanément qu'à certains moments la sécrétion n'est pas aussi forte, moins laiteuse, de couleur plus claire, et d'odeur moins prononcée ; et si on la fait préciser, on apprend que c'est durant les quelques

jours qui précèdent ses règles qu'elle constate ces modifications.

18 novembre 1911. — Dans la *Zentralblatt für Gynäkologie*, Émile Vogt complète son observation : Avec l'épidermisation complète disparut l'écoulement laiteux, et deux jours après la cessation de la galactorrhée, les règles survinrent pour la première fois depuis treize mois ; comme autrefois, elles durèrent trois jours et furent de quantité normale. A partir de cette époque, la femme a été régulièrement réglée. La dernière période date du 7 février 1911 et la femme se trouve actuellement au quatrième mois de sa quatrième grossesse.

OBSERVATION XIV

Cas de sécrétion lactée chez une femme de soixante-douze ans (G. Grillcupsala, lœkaresaren, *Sœrhandl*, IX, 6, 9538, datant de 1874 et rapporté dans la revue de Hayem, *Revue de Hayem*, t. VIII, 1879, p. 249).

Cette femme était accouchée cinq fois, la dernière fois vingt-cinq ans auparavant, avait nourri tous ses enfants elle-même, et avait toujours eu du lait en abondance ; elle était toujours restée bien portante et ne présentait qu'un peu de dyspnée qui lui était restée après une pneumonie datant de deux ans. Après une blessure légère de la face externe du bras droit, était apparue sur l'épaule droite une éruption de petites vésicules qui s'étendaient en avant jusqu'au-dessous du sein droit. Les vésicules étaient de dimensions variables, la plupart grosses comme des pois, elles

contenaient une matière puriforme et se recouvrirent d'une croûte. Entre ces vésicules,la peau était faiblement hyperhémiée, mais peu douloureuse, le frottement des vêtements déterminait seulement une sensation de brûlure. Au bout de quelques semaines les croûtes tombèrent et laissèrent à leur place des taches qui étaient encore visibles six mois après, d'une teinte claire, irrégulière, entourées de bords brunâtres.

En même temps que l'éruption commençait à sécher, la mamelle droite commença à devenir douloureuse, et au bout de quelques jours il s'écoula du lait par le mamelon. La sécrétion continua et le lait avait à peu près l'apparence de la crème qui se forme quand du lait de femme a été laissé en repos pendant quelques heures ; il avait une saveur sucrée, peut-être un peu moins prononcée pourtant que d'habitude.

La mamelle était peu gonflée, et ne présentait que peu de différence avec celle du côté opposé, qui laissait aussi échapper du lait à la pression, mais en moindre quantité, et dont la sécrétion était plus aqueuse. Les taches qui étaient restées après l'éruption étaient le siège d'une sensation de brûlure presque continuelle. Cette femme n'avait jamais eu d'érysipèle.

L'examen microscopique ne révèle pas dans le lait d'autres éléments que les globules graisseux habituels, plus volumineux pourtant en général et plus nombreux que dans le lait ordinaire, et en outre un petit nombre de cellules épithéliales plates remplies de cellules graisseuses, mais pas de leucocytes. L'examen chimique montra que la couche crémeuse était principalement formée par de la graisse et par de l'albumine en petite quantité. La couche aqueuse infé-

rieure contenait une petite quantité de sucre et de l'albumine coagulable ; de plus on trouva un principe albumineux en dissolution dont les réactions rappelaient celui de la caséine.

OBSERVATION XV

Excitation du mamelon et sécrétion lactée consécutive (Dans *le Dictionnaire des 60 volumes*).

« Les fastes de l'art renferment plusieurs exemples de filles très chastes, qui ayant fait sucer leurs seins à des enfants, ont fourni du lait assez abondamment pour les nourrir aussi bien que leurs propres mères. »

OBSERVATION XVI

Excitation mécanique des seins et sécrétion lactée consécutive.

Chaussier rapporte dans ses *Leçons de physiologie* l'histoire d'une jeune demoiselle qu'il connaissait et de la sagesse de laquelle il était sûr :

« Fatiguée des cris d'un enfant commis à sa garde, cette demoiselle l'apaisait en lui donnant le sein ; elle finit par avoir assez de lait pour le nourrir. »

OBSERVATION XVII

Excitation de la mamelle par succion prolongée et sécrétion lactée (*Hygiène de la première enfance*, de M. Bouchut).

« Il paraît, dit-il, si l'on en croit quelques faits extraordi-

naires, qu'on peut obtenir du lait chez certaines femmes, récemment ou anciennement accouchées, même chez des filles, par l'emploi de ce moyen (excitation de la mamelle par succion prolongée). En tétant ou les faisant téter fréquemment des mamelles devenues arides par le fait de l'âge, du temps, ou de la maladie, on y fait revenir du lait en quantité suffisante pour la nourriture d'un enfant.

» Il est en effet un usage traditionnel parmi les habitants du Cap-Vert qui, lorsqu'une femme meurt en nourrissant son enfant, oblige la plus proche parente, qu'elle soit au non mariée, et quel que soit son âge, à nourrir immédiatement l'enfant privé de sa mère. Pour cela, la femme est soumise à une série de pratiques très bizarres, consistant dans l'application de feuilles de ricin tièdes sur les seins, et dans l'emploi de fumigations chaudes vers les parties génitales ; l'enfant est en outre approché plusieurs fois par jour du mamelon.

» Après trois ou quatre jours au plus, la sécrétion lactée s'établit. Sans doute, l'excitation produite par l'approche de l'enfant joue un grand rôle dans l'établissement de la sécrétion ; mais peut-être aussi les applications de feuilles de ricin et les fumigations vers les parties génitales ne sont-elles pas sans quelque effet sur la sécrétion. »

OBSERVATION XVIII

Excitation du mamelon et sécrétion lactée consécutive.

consécutive (thèse de Schacher).

« Idem alii cuidam virgini accidit, quæ cum infantulo in eodem lecto dormire solita, illum ab ubera, identidem admo-

vere consueverit ; ex quo assiduo suctu lac aggregari cœpit, quo infantem pastea lactavit ; id quod in litteras Philippus Salmuth. »

OBSERVATION XIX

Galactorrhée, suite de manœuvres sur le sein chez une femme n'ayant jamais été enceinte (Thèse de Duval).

Le 17 juin 1879 a été admise à la salle Sainte-Eulalie, lit n° 2, hôpital Necker, la nommée L..., quarante-quatre ans, cuisinière.

Réglée à seize ans, très régulièrement, mais peu abondamment, a cessé d'être réglée il y a quatre mois et demi, n'a jamais été enceinte et, actuellement, ne présente aucun signe de grossesse.

Elle entre à l'hôpital pour un embarras gastrique ; mais elle attire notre attention sur un écoulement laiteux produit par la pression des deux mamelons. Nous tirons d'elle les renseignements suivants: « Elle vit depuis un an avec un individu âgé de trente et un ans à qui elle fait la cuisine et avec lequel elle couche toutes les nuits.

» Le plaisir favori de son amant consistait à lui exciter le bout des seins avec la langue. Il y a quatre mois et demi, ses règles ne vinrent pas comme d'habitude, en même temps qu'elle éprouva des maux de tête et des vomissements et depuis lors, elle a remarqué l'écoulement laiteux mentionné plus haut. »

Ces renseignements font songer à une grossesse, mais ni le palper du ventre, ni l'examen de l'utérus par le toucher et le

spéculum ne révélèrent aucun signe confirmatif de cette hypothèse.

La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours, guérie de son embarras gastrique, mais présentant toujours un léger écoulement laiteux par les mamelons.

OBSERVATION XX

Excitation du mamelon et sécrétion lactée consécutive (Extrait des *Causes célèbres*, rédigées par Richer, vol. 10, p. 432).

L'an 1670, Mme Lapérenne, fille de M. Despirante, capitaine au port de la Pointe-du-Sable, à Saint-Christophe, fut obligée de s'embarquer pour venir en France ; elle amena avec elle trois négresses ; une vieille ; la seconde âgée de trente ans et la troisième de seize à dix-huit ans, qu'elle avait élevée chez elle depuis son bas âge, et de la sagesse de laquelle elle était intimement convaincue. Elle avait en outre une petite fille de deux mois à la mamelle de sa nourrice, qu'elle devait faire embarquer avec elle ; mais lorsqu'on eut mis à la voile, on s'aperçut trop tard que la nourrice était restée à terre. Il fallut nourrir l'enfant avec du biscuit, du sucre et de l'eau ; mais il ne se contentait pas de cet aliment et faisait des cris continuels. Pour tâcher de l'apaiser, on conseilla à la mère de faire amuser son enfant à la mamelle de la jeune négresse ; ce qu'elle fit effectivement et si heureusement que l'enfant n'eut pas plutôt tété pendant deux jours, qu'il fit venir suffisamment de lait pour se nourrir, en sorte que pendant un an, il fut toujours nourri par le lait de la négresse vierge.

OBSERVATION XXI

Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque de vingt-trois ans (Raoul Leroy, médecin de Ville-Évrard, *Tribune médicale* du 1er janvier 1910).

Y. Fortunée, âgée de vingt-trois ans, est née le 28 novembre 1886 à Alger, d'une famille israélite habitant le nord de l'Afrique depuis des siècles. Les antécédents héréditaires sont les suivants :

Grand-père paternel, mort pendant un voyage en Afrique sans que nous ayons de renseignements.

Grand'mère paternelle, morte à soixante ans, après avoir été alitée pendant trois ans par suite d'une fracture de cuisse.

Père, curarier, sobre, bonne conduite, mort à cinquante-six ans de hernie étranglée ; a présenté quelques troubles intellectuels à la suite du chagrin occasionné par le décès de deux jeunes enfants enlevés à trois jours d'intervalle.

Grand-père maternel, mort, âgé, de congestion cérébrale.

Grand'mère maternelle, morte à quatre-vingt-huit ans.

Mère, âgée de soixante-trois ans, diabétique, vit encore, a présenté des crises nerveuses et une hémiplégie de nature hystérique. Elle est la huitième d'une famille de onze enfants.

La famille Y... compte cinq enfants vivants et deux décédés en bas-âge.

Rachel, morte de convulsions à quatre ans ;

Raphaël, mort de méningite à cinq ans :

Rachel, trente-six ans, mariée, mère de trois enfants, très nerveuse ;

Raphaël, trente-cinq ans, marié, père de quatre enfants, très nerveux ;

Charles, trente-deux ans, marié, père d'un enfant, également nerveux ;

Benjamin, vingt-sept ans, souffre d'attaques hystériques ;

Fortunée, vingt-trois ans, la malade.

Fortunée est née à terme et a toujours joui d'une excellente santé, sauf quelques troubles dyspeptiques. Elle travaillait à Alger comme giletière, se montrant ordonnée, sérieuse, économe, soignant avec dévouement sa vieille mère. Son instruction est très rudimentaire.

Mai 1909. — Cette jeune fille change rapidement de caractère, elle emploie vis-à-vis des siens un vocabulaire qu'on ne lui avait jamais connu : insultes grossières, paroles ordurières, malédiction. Elle bat sa mère dont elle souhaite la mort à tout instant, se montre extrêmement surexcitée, érotique, s'agite, crie, néglige son travail, erre dans les rues d'Alger en faisant du scandale, essaye de jeter sa mère du haut de la terrasse de la maison. La situation devient telle que ses frères la font entrer à l'hôpital de Mustapha, où elle reste pendant le mois de juin très agitée.

Une légère accalmie s'étant produite dans son état mental, Fortunée quitte l'hôpital et, sur les conseils du médecin, s'embarque pour la France, afin de changer d'air et vient à Paris rejoindre son frère Raphaël. Elle se montre de nouveau si exaltée et si érotique en paroles, que son frère ne peut la garder chez lui et la fait entrer à l'Hôtel-Dieu d'où on l'envoie à Sainte-Anne.

Le certificat de l'admission, daté du 17 août 1909, porte : exaltation maniaque avec logorrhée, fuite des idées, irrita-

bilité; insomnie. Aurait déjà eu quelques périodes d'excitation. Tremblement des doigts. Lait dans les seins (Juquelier).

A son entrée à Ville-Évrard le 20 août 1909, Fortunée présente le tableau clinique de la manie, ainsi que le constate le certificat d'entrée établi par le Dr Fursac, qui me remplaçait à cette époque : excitation maniaque avec fuite d'idées, logorrhée, agitation motrice.

Je n'insisterai pas sur l'état mental. La malade est restée pendant les mois de septembre et d'octobre extrêmement loquace, surexcitée, érotique, ne parlant que d'amour et de mariage, se masturbant souvent, disant beaucoup de mal des siens, les appelant « assassins ». Elle se montre plus calme depuis le commencement de novembre.

Au point de vue physique, c'est une grosse fille, à la figure réjouie, brune, ayant 1 m. 56 de taille et pesant 68 kilos (son poids n'était que 59 kilos lors de son entrée dans le service).

On ne rencontre pas chez elle de stigmates importants de dégénérescence, si ce n'est l'habitude de se ronger les ongles et des anomalies des plis de la paume de la main.

La face est régulière, la voûte palatine large, les dents sont belles et bien implantées, les oreilles normales. Le front est peu développé ; le corps thyroïde légèrement hypertrophié.

Les mensurations du crâne et de la face donnent les indications suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.....	17 cm. 9
Diamètre transverse.....	14 cm. 8
Diamètre frontal minimum.....	10 cm. 9
Diamètre bi-zigomatique.....	13 cm. 4

Diamètre bi-mastoïdien.....	12 cm. 6
Largeur bi-tubérale frontale.....	4 cm.
Largeur du nez.....	3 cm. 5
Longueur du nez.....	5 cm. 4
Longueur nasio-alvéolaire.....	6 cm. 8
Longueur nasio-mentonnier.....	11 cm. 8
Total du visage.....	17 cm.

Les différentes fonctions de l'organisme s'accomplissent normalement.

Aucun trouble des réflexes, ni de la sensibilité.

Aucun symptôme hystérique.

Les règles apparurent pour la première fois à l'âge de dix ans et s'accompagnèrent de douleurs abdominales. La puberté provoqua une poussée congestive du côté des seins qui grossirent.

Un beau jour, à cette époque, la jeune fille montra sa poitrine à sa mère et, pressant sur ses seins, fit sourdre de chacun d'eux une goutte de lait. Depuis lors, Fortunée a toujours eu du lait dans les seins en quantité plus ou moins grande. Elle prétend même qu'il coule spontanément au point de l'obliger à garnir sa poitrine avec des mouchoirs pour ne pas mouiller ses corsages. Toute sa famille connaît cette particularité, la mère m'a envoyé à ce propos les renseignements les plus complets, ajoutant l'avoir faite examiner à plusieurs reprises par une sage-femme pour savoir si sa fille n'était pas enceinte. La matrone se rendit compte du contraire et affirma que la jeune fille était vierge et devait beaucoup se masturber. Il y a deux ans, Fortunée voulait donner le sein à un jeune neveu nouvellement né.

La malade semble très fière de cette anomalie, qu'elle déclare héréditaire. Elle raconte que sa mère avait aussi du lait dans les seins étant jeune, de même son grand-père maternel. Le frère habitant Paris que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois, prétend la même chose, pour sa mère seulement. Renseignement pris auprès de celle-ci, le fait est faux. « Pour ma part, écrit elle, j'ignore complètement si j'avais du lait dans les seins étant jeune fille ; servante chez des étrangers, très occupée, je n'eus jamais l'idée ni la curiosité de constater pareil fait. Mon père et mon mari, très puissants, avaient de gros seins, mais jamais de lait. Mes aïeux, nos père et mère à moi et à mon mari, mes oncles et tantes, frères, sœurs, neveux. nièces, toute notre famille n'a jamais eu de lactation extraordinaire. »

En tout cas, la sécrétion lactée est permanente chez Fortunée. Les seins sont assez volumineux, bien conformés, sauf l'absence de tout mamelon. On ne saurait donc attribuer cette lactation à la succion, comme cela s'est vu quelquefois.

La quantité de lait toujours très appréciable varie peu ; elle augmente à l'époque des règles. Lorsqu'on presse sur le sein à n'importe quel moment, un jet s'élance à 1 mètre de distance, comme chez une nourrice. J'ai pu à plusieurs reprises en recueillir de chaque sein la valeur d'une cuillerée à café. Ce lait est très blanc, crémeux et coagulable, comparable à celui sécrété dans les conditions normales. Il m'a été impossible, malgré l'emploi d'un tire-lait, d'en recueillir une quantité suffisante pour l'analyse chimique. L'examen histologique montre une énorme quantité de petits globules albuminoïdes et un assez grand nombre de globules graisseux. Il n'existe aucun élément cellulaire.

Fortunée est généralement bien réglée, mais perd assez souvent en blanc. Depuis son entrée dans le service, elle a eu trois fois ses époques ; du 1er au 8 septembre, du 5 au 9 octobre, du 5 au 8 novembre. Elle n'a jamais eu d'enfant, ainsi qu'elle l'affirme, et que j'ai pu m'en assurer. L'hymen laisse passer facilement le doigt. Au toucher on sent l'utérus normal, le col conique avec la lèvre antérieure proéminente et une petite ouverture linéaire.

OBSERVATION XXII

Secrétion lactée après la ménopause
Excitation du mamelon (thèse de Shacher).

Schacher signale plusieurs exemples de ce phénomène : « Res tristissima est, naturam lac efficere posse cui feminis quæ nec coiverunt nec peperunt aut prorsus ac ætate illa excesserunt quâ matres solent evadere. »

Puis il cite Aristote qui émit la même opinion : « Testem hac in rem citamus antiquissum Aristotelem qui diserte scribit, quod mulieribus quibusdam natu majoribus suct freuque n tiore lac prodierit et tanta capiâ, ut infantem brutrire potuerint. »

Suit la relation de deux faits observés par Amatus Lusitanius, le premier relatif à une femme de cinquante-cinq ans, le second à une femme de soixante ans.

« Verum sine ullo alio artificio, solo suctu, id in vetulis factum commemorat Amatus Lusitanus, qui duas se vidisse tales, refert : unam Ferrariæ, annos quinquaginta quinque, alteram apud sautarem, Lusitaniæ oppidum, annos sexa-

ginta natam, quæ admotes ab ubera infantilius, solo suctu, tantum collegerint lactis, ut ad annum, et amplius lactare potuerint. »

OBSERVATION XXIII

Sécrétion mammaire après la ménopause. — Excitation du mamelon par succion (Audebert, *Gaz. méd.*, 1841, p. 250).

Femme de soixante-sept ans, n'ayant pas eu d'enfant depuis vingt sept ans, se chargea d'allaiter artificiellement sa petite fille, et pour l'amuser, elle lui présentait de temps à autre le mamelon. Quelle ne fut pas sa surprise quand tout à coup les deux seins se gorgèrent de lait. Elle continua à la nourrir pendant un an. Après deux mois de sevrage, la sécrétion n'avait pas encore cessé. A cette époque, sa fille étant accouchée et ayant perdu son lait, la grand'mère put encore allaiter ce second enfant.

OBSERVATION XXIV

Sécrétion lactée après la ménopause. — Excitation génitale (observation rapportée par le Dr Casa Luigi dans la *Gazetta delle Cliniche*, et renfermée dans *les Annales de Gynécologie*, t. I).

Femme de soixante-cinq ans ne présentant aucune maladie des organes génitaux, sans antécédents constitutionnels, heureusement accouchée de six enfants et qui n'était plus

réglée depuis dix ans. Vers soixante ans, les seins commencèrent à gonfler et chaque mois, au dire de la malade, la tuméfaction augmentait et devenait douloureuse. Aucun écoulement par le mamelon. Après avoir duré un certain temps, cet état cessa pendant deux ans pour reparaître ensuite. A cette époque, les mamelles, considérablement tuméfiées et engorgées, laissaient écouler, sous une légère pression, un liquide d'aspect en tout semblable à celui du lait. Le lactomètre de Donné ne révéla qu'une faible différence avec le lait d'une primipare récemment accouchée. Cette femme, dit l'auteur, se livrait avec passion, malgré son âge, aux plaisirs de l'amour. L'usage de l'ergotine Bonjean fit diminuer le flux.

OBSERVATION XXV

Sécrétion mammaire et influence psychique
(thèse de Schacher).

« Diemerbrockus in sua anatome hujus modi lactis generationem, fortiori adscribit imaginationi vel intentæ et crebræ de lacte mammarumque suctione cogitationi quæ mirabilia in corporis nostris efficere valeat ».

OBSERVATION XXVI

Sécrétion mammaire et influence psychique.
(Dictionnaire des 60 volumes).

« Jeune dame dont le lait jaillissait avec force et abon-

dance au moment où tendrement émue par les caresses de son mari, elle partageait ses transports et s'abandonnait à toute l'ivresse du plaisir. »

OBSERVATION XXVII

Influence psychique. — Sécrétion mammaire. — Grossesse nerveuse (observation adressée par le Dr Faivre d'Esnaux au *Journal de méd. prat.* et retrouvée dans la *Gazette des hôpitaux* (1860, p. 35).

Une femme âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis deux ans et demi, éprouva dans les premiers temps de son mariage les symptômes ordinaires de la grossesse, moins la suppression des menstrues. A mi-terme environ de cette grossesse présumée, elle crut ressentir les mouvements du fœtus. L'époque arriva où l'accouchement aurait dû se faire ; le ventre était alors modérément distendu, les seins gonflés fournissaient déjà une provision de lait de bon augure. Cependant aucune douleur, aucune contraction utérine ne s'était encore fait sentir. Seulement un mouvement oscillatoire, s'effectuant de la région sus-pubienne à la région diaphragmatique et se renouvelant toutes les cinq minutes simulait jusqu'à un certain point les premières douleurs. Cette femme inquiète consulta l'auteur de cette observation, lequel, après l'avoir examinée, acquit la certitude que l'utérus était vide. Deux ans après, le ventre restait toujours distendu, le mouvement hystérique se continuait aux mêmes intervalles, les seins étaient gonflés et donnaient issue à un abondant écoulement de lait.

CHAPITRE II

Nature du liquide excrété

Normalement durant la grossesse, et dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, la glande mammaire sécrète un liquide qui se rapproche beaucoup du lait proprement dit, le colostrum.

Le colostrum est épais, jaunâtre, plus dense que le lait, de réaction alcaline. On y trouve des globules de graisse comme dans le lait, des leucocytes et des éléments muriformes sans noyau (corpuscules de colostrum). Il coagule en bouillant et ne coagule pas par la présure ; celle-ci agit cependant si on ajoute au colostrum quelques gouttes de chlorure de calcium. La composition du colostrum est à peu près la même que celle du lait ; mais il contient moins de caséine et beaucoup plus d'albumine. Après avoir secrété du colostrum, la mamelle secrète le lait.

Le lait n'est pas un produit de composition constante. On a constaté que deux laits du même âge, provenant de deux femmes différentes, peuvent présenter des différences notables dans leur teneur en sel ou en principes organiques. On constate aussi que chez la même femme, la composition du lait

peut varier aux différentes heures de la journée et même dans le cours d'une même tétée.

Enfin, les modifications du régime alimentaire font varier la composition du lait ; un régime riche en hydrates de carbone fait augmenter la lactose et le beurre ; un régime riche en albuminoïdes fait augmenter la caséine.

La quantité de lait produite par la femme n'est pas facile à déterminer. On a fait cette détermination d'une manière indirecte en pesant l'enfant avant et après chaque tétée.

Le premier jour après l'accouchement, la sécrétion ne monte guère à plus de 50 grammes, en général ; dès le quatrième jour, elle atteint 500 grammes. Une bonne nourrice du poids de 55 à 60 kilos, vers le sixième mois, donne environ 1 litre de lait par vingt-quatre heures.

C'est un liquide opaque, blanc bleuâtre, d'une saveur sucrée, d'une odeur spéciale suivant les espèces.

Sa densité est de 1.026 à 1.035 ; son point de congélation, à condition qu'il soit frais et non adultéré, est de — 0°55. Microscopiquement, c'est une émulsion ; il a 800.000 à 900.000 globules par millimètre cube ; cette émulsion est stable. Sa réaction est toujours légèrement acide ; porté à l'ébullition, il ne coagule pas, la caséine, en effet, ne coagule pas par la chaleur. Il coagule par les acides spontanément, ou sous l'influence de la présure.

La coagulation spontanée met quelques jours à se

faire, elle est l'œuvre indirecte d'un ferment figuré, le ferment lactique ; celui-ci transforme la lactose en acide lactique :

$$C^{12}H^{22}O^{11} + H^2O = 4\ C^3H^6O^3$$

quand cet acide se trouve en quantité suffisante dans le milieu, alors la coagulation se produit.

Abandonné à lui-même, le lait se sépare en deux couches : les globules butyreux viennent à la surface et forment la crème ; le liquide sous-jacent est aqueux et bleuâtre. Le lait est, en effet, constitué par un liquide, le plasma du lait qui tient en suspension des éléments figurés, parmi lesquels les globules de graisse ; par la coagulation on a le caséum, formé par la caséine coagulée qui entraîne les globules graisseux et, d'autre part, le petit lait ou sérum (lactosérum), qui contient la plus grande partie des sels, la lactose et un peu d'albumine soluble.

Sur 100 parties, le lait de femme contient :

Eau	87 gr.
Sels	0 gr. 3
Lactose	6 gr.
Graisse	4 gr.
Caséine	2 gr.

Les matières minérales du lait sont très nombreuses. Voici quelle est leur répartition dans 1 litre de lait de femme :

Potasse	0 gr. 782
Soude	0 gr. 237

Chaux	0 gr. 342
Magnésie	0 gr. 065
Anhydride phosphorique	0 gr. 468
Oxyde de fer	0 gr. 005
Chlore	0 gr. 445
Total des cendres	2 gr. 344

Il y a, en outre, des citrates alcalins et des traces de fluor et de silice.

La caséine n'est pas la seule matière albuminoïde du lait. En proportions minimes, on trouve encore deux substances protéiques : une albumine (lactalbumine), une globuline (lactoglobuline). De plus, on rencontre aussi dans le lait des traces de lécithine et de cholestérine, une matière colorante jaune et enfin des ferments solubles : une amylase, une lipase, une catalase, un ferment dédoublant le salol en acide phénique et acide salicylique ; de la pepsine, de la trypsine, ferments qui paraissent être sécrétés par la glande mammaire.

Si nous rapprochons de cette étude du lait normal (que nous avons trouvée dans *le Précis de Physiologie* de Mathias Duval), les rares analyses du liquide sécrété par les mamelles en dehors de la puerpéralité, analyses qui se trouvent dans nos observations, nous arrivons aux conclusions suivantes : la glande mammaire en activité, peut sécréter hors le temps de la grossesse, un liquide en tout semblable au lait normal ; sa coloration, sa quantité, son aspect peuvent être variables, mais microscopiquement et

chimiquement, il ne diffère pas du lait de la femme qui allaite.

Dans lobservation XII nous trouvons : « L'analyse du liquide ainsi sécrété n'a pas été faite, mais au point de vue classique, c'était du lait et non du colostrum ».

L'examen microscopique et chimique qui a été fait dans l'observation XIV, « ne révèle pas dans le lait d'autres éléments que les globules graisseux habituels, plus volumineux pourtant en général et plus nombreux que le lait ordinaire et en outre un petit nombre de cellules épitholiales plates remplies de cellules graisseuses, mais pas de leucocytes ; la couche crémeuse est principalement formée par de la graisse et par de l'albumine en petite quantité ; la couche aqueuse inférieure contientune petite quantité de sucre et de l'albumine coagulable ; de plus, on trouve un principe albumineux en dissolution dont les réactions rappellent celui de la caséine ».

Dans l'observation XXI « l'examen histologique montre une énorme quantité de globules albuminoïdes et un assez grand nombre de globules graisseux. Il n'existe aucun élément cellulaire ».

Ainsi donc, la femme peut sécréter du lait, hors le temps de la puerpéralité.

CHAPITRE III

Symptomes

Des observations que nous avons relatées, et dont malheureusement les détails sont trop souvent insuffisants, il est difficile de discerner quels sont les symptômes précurseurs de la galactorrhée. Cependant, quelques observations nous permettent d'affirmer qu'il s'est réellement passé quelque chose du côté des seins avant toute production lactée, et que la femme en a parfaitement eu la sensation. Ce sont des élancements fort désagréables, des douleurs s'irradiant vers la région épigastrique et la région dorsale, qui, au début, attirent l'attention du côté des seins ; puis c'est une sensation de gonflement de la glande mammaire ; la mamelle devient chaude, un peu sensible et turgescente.

Et déjà, à cette période, on note des troubles de la menstruation.

Les règles sont douloureuses et irrégulières, elles sont plus abondantes qu'autrefois ou moins abondantes ; variables comme quantité, elles le sont aussi comme durée ; telle personne qui perdait du sang

pendant quatre jours, ne perd plus qu'une journée durant.

Puis, peu à peu, les seins se développent, ils deviennent volumineux et lourds (quelquefois cependant ils restent normaux), ils sont tendus jusque dans la région axillaire, comme chez les femmes qui cessent brusquement d'allaiter (obs. I). Les malades accusent une sensation de plénitude et de pesanteur, des fourmillements et une chaleur incommode. Le mamelon s'entoure d'une aréole fortement colorée ; un certain nombre de tubercules de Montgomery apparaissent ; et, sous l'influence de la congestion et de la suractivité fonctionnelle dont une glande ou les deux glandes mammaires sont le siège, la sécrétion et l'excrétion mammaire s'installent. A ce moment, les femmes vous déclarent spontanément, qu'elles ont senti « leurs seins se gonfler comme dans une brusque montée de lait. »

Le lait s'écoule parfois spontanément du mamelon ; d'autres fois, il faut presser sur le sein pour avoir un écoulement ; à la pression, on peut avoir un véritable jet de lait.

La quantité de lait excrété varie avec chaque personne. Il y a beaucoup de femmes qui ont seulement une légère production lactée ; d'autres, par contre, ont une excrétion mammaire telle, qu'elles sont obligées de se garnir la poitrine avec des serviettes, et de changer de linge plusieurs fois par jour.

On conçoit facilement qu'une telle quantité de lait anormalement sécrétée et perdue par les

mamelles, ait une fâcheuse influence sur la santé de la femme. Il est des femmes qui ont une excrétion mammaire abondante et une résistance extraordinaire à cette perte de liquide, elle devient pour elles une habitude et reste sans danger ; il serait facile de multiplier les exemples de cette tolérance de l'organisme, qui s'accoutume à cette déperdition surabondante, comme on le voit s'habituer aux flux sanguins ou muqueux qui finissent même par entrer dans ses conditions d'équilibre relatif. Mais il est d'autres femmes, qui présentent un certain degré de faiblesse organique, chez lesquelles la perte des forces se montre après quelques semaines de galactorrhée. Il ne faut donc pas s'étonner de voir, dans la galactorrhée, les unes résister longtemps, sans ressentir les effets de cette maladie ; les autres, au contraire, éprouver au bout de peu de temps tous les signes de l'épuisement. Quelle que soit, au reste, l'époque de la maladie à laquelle cet épuisement se montre, c'est un des signes les plus caractéristiques de la gravité de la maladie, c'est la plus sérieuse des manifestations symptomatiques de la galactorrhée, c'est elle enfin qui doit le plus éveiller la sollicitude du médecin.

— C'est surtout à l'époque où la femme a, ou doit avoir ses règles, que les phénomènes douloureux de la région mammaire sont à leur maximum et que l'excrétion de la glande est la plus abondante. On peut même avancer que la glande mammaire sécrète d'autant plus que les règles sont plus pauvres,

de nombreuses observations sont là pour le prouver; la malade de M. le Dr Baumgartner, (obs. I), celle du Dr Gauthier (obs. XII), avaient de véritables montées de lait au moment de leurs époques. Mais si le lait produit par les mamelles est plus abondant encore au moment des menstrues, il est par contre plus fluide et d'odeur *sui generis*.

Avec l'épuisement qui survient parfois dans le cours d'une galactorrhée, nous devons signaler également les troubles nerveux qui sont toujours une redoutable complication de la sécrétion mammaire non puerpérale.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

L'époque de la puberté aboutit, chez la femme, au développement caractéristique de l'âge adulte, et la mamelle, liée dès lors chez elle à l'activité de l'appareil utéro-ovarien, devient plus susceptible que jamais de ressentir l'influence des agents stimulants les plus divers en dehors de la gestation. Ce sont ces diverses influences que nous allons étudier dans ce chapitre.

Une première cause capable de stimuler l'activité sécrétoire de la glande mammaire, c'est l'établissement ou la suppression de la fonction menstruelle. Il arrive que des femmes ont nettement des phénomènes congestifs du côté des seins au moment de leurs époques, et que pendant toute la durée de leurs règles, elles ont un écoulement lacté par le mamelon. L'aménorrhée peut, elle aussi, se traduire par des phénomènes de sécrétion supplémentaire. Janes a rapporté le cas d'une jeune femme qui, après une suppression menstruelle, probablement due à un brusque refroidissement, fut atteinte d'aménorrhée et présenta pendant cinq ans, en guise de règles,

un abondant écoulement de lait par les mamelons, durant trente-six heures.

L'observation du Dr Gauthier (obs. XII), que nous avons relatée au début de notre travail, est aussi bien faite pour nous convaincre à ce sujet. Il s'agit, en effet, d'une sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge : « Ses règles supprimées, il s'établit spontanément une sécrétion lactée très abondante qui dure pendant quatre à cinq jours, pour diminuer d'abondance, sans cependant disparaître complètement dans l'intervalle des époques. »

Ce sont d'ailleurs des faits connus depuis longtemps, bien qu'on ne trouve pas signalé dans la littérature médicale beaucoup d'observations les concernant ; les quelques observations latines que nous avons rapportées le prouvent abondamment.

Les affections organiques des organes génitaux peuvent, elles aussi, déterminer une sécrétion mammaire non puerpérale. C'est que les appareils mammaire et utéro-ovariens ont entre eux des relations très étroites. Les auteurs qui s'étaient occupés de la question que nous traitons, n'avaient pas jusqu'ici réuni beaucoup d'observations pour bien mettre en relief l'influence qu'une lésion génitale peut avoir sur la mamelle. Plus heureux, nous apportons quelques faits qui ne laisseront plus de doute dans les esprits. L'observation inédite de M. le Dr Amédée Baumgartner est typique à cet égard :

Voilà une femme qui est prise de *métrorragies*

et de crises douloureuses utérines. Trois semaines après *s'établit la sécrétion lactée ;* rien ne fait supposer qu'il puisse s'agir d'un avortement, puisqu'il n'y a pas eu expulsion utérine d'un œuf, et puisque le curettage fait pour remédier aux troubles utérins persistants n'a rien ramené ; la laparotomie faite plus tard prouve qu'il n'y a pas eu non plus grossesse ectopique. Cette sécrétion lactée *dure pendant vingt-deux mois*, avec tous les symptômes que nous avons décrits ; à chaque règle, il y a montée de lait et recrudescence ; peu à peu l'état général périclite, *les règles diminuent*, *la sécrétion mammaire augmente.* Tous les traitements médicaux, tant pour arrêter l'écoulement de lait que pour guérir la métrite ou remonter l'état général, échouent. Quand la situation devient grave, l'affaiblissement extrême, le poids tombé de 15 kilos, quand les règles sont supprimées, on fait une hystérectomie abdominale totale ; on trouve des lésions manifestes non seulement de la muqueuse utérine, mais encore des ovaires. *Trois jours après l'intervention*, *la sécrétion mammaire s'arrête.* Puis au bout de cinq mois la guérison est totale, complète et parfaite, non seulement de la sécrétion mammaire mais encore de tous les phénomènes morbides qui l'ont précédée et accompagnée. Il nous semble qu'il y a eu *troubles dans la fonction ovarienne entraînant une anomalie de la sécrétion lactée*, et que *l'extirpation des ovaires a arrêté le fonctionnement anormal* (puisque nous sommes *en dehors* de la puerpéralité) *de la glande mammaire.*

Hallauer a publié une observation que nous avons rapportée (obs. II) et dans laquelle nous voyons une femme avoir de la galactorrhée en même temps qu'un abcès de l'ovaire. Elle fut opérée et beaucoup améliorée par l'opération, mais la sécrétion lactée persista. Moins probante que la précédente, cette observation n'est pas moins intéressante, puisqu'on constate une amélioration de la galactorrhée après l'opération. Il faut d'ailleurs noter que la castration totale n'a pas été faite. D'ailleurs, nous savons à présent que des mamelles peuvent encore produire du lait, alors que la cause déterminante de la sécrétion a cessé d'agir. Une femme qui a eu un enfant, et qu'elle allaite, peut suspendre l'allaitement et voir parfois sa glande sécréter pendant longtemps encore. A la longue, la femme, dont nous parle Hallauer, pourrait bien voir disparaître complètement sa galactorrhée, si elle était uniquement en rapport avec son ovaire malade.

Le Dr Otto Engstrom a rapporté dans les *Annales de Gynécologie* de 1889, 5 observations de galactorrhée en dehors de la puerpéralité, et dans toutes, la sécrétion mammaire est liée à une affection des organes génitaux. Nous les avons reproduites au début de notre travail (obs. III, IV, V, VI, VII). Dans les 5 cas on a institué un traitement causal de la galactorrhée, quatre fois on est arrivé à une amélioration notable, et une fois à guérison complète.

Capron et Duval, dans leurs thèses, avaient déjà rapporté quelques observations tendant à prouver

qu'une lésion génitale pouvait déterminer la sécrétion mammaire.

Une troisième cause peut déterminer le fonctionnement de la mamelle, c'est une irritation de voisinage. Nous avons rapporté une observation de Vogt (obs. XIII), dans laquelle, il est question de sécrétion mammaire chez une femme non enceinte, à la suite d'une brûlure grave ayant intéressé la poitrine, le bras, et la jambe d'un même côté. La galactorrhée était très abondante. Avec l'épidermisation complète de la partie brûlée, disparut l'écoulement laiteux.

Une autre observation, trouvée dans la *revue de Hayem* (obs. XIV), nous apporte un cas de sécrétion lactée chez une femme de soixante-douze ans, à la suite d'une blessure de la face externe du bras droit.

Ces irritations de voisinage déterminent des troubles profonds de la circulation locale, une véritable hyperhémie qui stimule l'activité sécrétoire de la glande et provoque la lactation.

L'excitation des organes, que ce soit le sein ou les organes génitaux, ont parfois provoqué la sécrétion lactée. C'est un fait depuis longtemps connu, et cette galactorrhée d'origine mécanique a été signalée chez la femme avant et après la menopause. Nous en avons rapporté un certain nombre d'observations (obs. XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV),

Enfin, l'influence psychique a été regardée comme une cause de sécrétion mammaire ; et cette influence

est certainement très réelle. Témoins ces femmes qui brûlant du désir d'avoir un enfant voient successivement apparaître en elles, tous les signes d'une grossesse : suppression des menstrues, troubles sympathiques, augmentation du volume du ventre, mouvements actifs, sécrétion mammaire, et qui attendent des années leur enfant, sans jamais arriver à l'accouchement (obs. XXVII).

Les émotions, l'imagination, exercent une influence marquée sur plusieurs de nos sécrétions; elles peuvent en particulier influencer la glande mammaire et provoquer la sécrétion lactée, nous en avons rapporté une observation (obs. XXVI).

En résumé : Les troubles de la fonction menstruelle, les affections organiques des organes génitaux, une irritation au voisinage de la mamelle, une excitation mécanique du sein, l'imagination ou les émotions sont les causes de la sécrétion mammaire non puerpérale.

CHAPITRE V

Pathogénie

Dans les conditions normales, en dehors de tout état pathologique, la lactation s'établit dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Jusque-là, les glandes mammaires ont subi certaines modifications qu'il importe de rappeler brièvement : pendant tout le cours de la grossesse et spécialement pendant les six derniers mois, elles s'hypertrophient, en même temps que leur consistance devient plus ferme. Sous la peau, apparaît un réseau très serré de veines dilatées. Le mamelon plus saillant est entouré d'une aréole foncée, brunâtre, à la surface de laquelle proéminent de petits tubercules, dits tubercules de Montgomery. Sur les confins de cette première zone, ou aréole primitive, se développe bientôt l'aréole secondaire, d'une teinte plus claire que la précédente. Dans les derniers jours qui précèdent l'accouchement, tous ces phénomènes s'accusent ; puis s'écoule par le mamelon et par les orifices qui s'ouvrent au sommet des tubercules disséminés sur l'aréole primitive, un liquide séreux, grisâtre, strié de jaune, c'est le colostrum, qui disparaîtra au

bout de deux ou trois jours pour être remplacé par la sécrétion lactée définitive.

Mais, quel est le mécanisme de la sécrétion lactée normale? Les travaux de nombreux physiologistes, Müller, Ranvier, nous permettent de répondre à cette question. Dans la mamelle, comme dans les autres organes glandulaires, la cellule de l'acinus «choisit dans le sang et en sépare les différentes substances » (M. Duval). Cette phase purement physique est la première du phénomène: des substances contenues dans le sang passent par filtration ou par osmose dans la cellule elle-même, qui exerce, semble-t-il, sans qu'une explication valable nous ait été donnée jusqu'à ce jour, un contrôle judicieux sur le milieu intérieur, puisant ce qui lui plaît, ou plutôt ce dont elle a besoin en vue de sa fonction. Le choix étant fait, la cellule de l'acinus fait subir aux matériaux des transformations chimiques et elle obtient ainsi de nouveaux produits, les produits de sécrétion qu'elle accumule pour quelque temps dans son intérieur. Bientôt, leur quantité devenant trop considérable et constituant un véritable danger pour la vie de la cellule, celle-ci les éliminera, les versera en quelque sorte dans la lumière de l'acinus, d'où ils seront entraînés plus tard et finalement rejetés au dehors en suivant les canaux galactophores. Tel est le mécanisme de la lactation normale, et nous nous empressons d'ajouter que le mécanisme de la sécrétion mammaire, en dehors de la puerpéralité, est absolument le même.

La sécrétion lactée proprement dite, normale ou pathologique, prend fin avec les phénomènes que nous venons d'esquisser ; l'excrétion commence alors, c'est-à-dire le rejet au dehors des produits dus à l'activité cellulaire.

Son mécanisme est double : le plus important est opéré par la succion du mamelon. « La bouche de l'enfant joue le rôle d'une pompe aspirante » (Béclard). L'enfant opère le vide dans sa cavité buccale, et le lait y est alors précipité par la pression atmosphérique qui s'exerce sur la mamelle.

A cette action prépondérante, il faut en ajouter une autre qui a bien sa valeur, et principalement dans l'excrétion mammaire non puerpérale où l'action mécanique de la succion fait parfois défaut : dans la mamelle elle-même, entrant pour une bonne part dans sa constitution anatomique, sont des cellules musculaires dont la contraction s'exercant, soit sur les canaux excréteurs, soit sur les acini, aident ingénieusement à la production du lait. Il en est de même pour les canaux galactophores, qui au moment où ils traversent le mamelon sont plongés dans du tissu conjonctif sous-cutané très riche en fibres musculaires lisses ; la contraction de ces fibres par action réflexe à la suite d'une excitation des nerfs sensibles du mamelon, amène la sortie du lait.

Tels sont les phénomènes histologiques qui accompagnent la sécrétion et l'excrétion lactée.

Étudions maintenant la cause même de cette sécrétion.

Le système nerveux intervient dans la sécrétion mammaire, Marfan, dans son *Traité de l'Allaitement*, a bien précisé l'influence du système nerveux sur la sécrétion du lait, nous ne saurions mieux faire que de le citer textuellement : « les physiologistes admettent aujourd'hui que le système nerveux dirige la fonction de toutes les glandes, et cela de deux manières : d'abord, les nerfs tiennent sous leur dépendance les vaisseaux glandulaires, et leur action vaso-motrice agit sur la sécrétion ; en second lieu, certaines fibres exciteraient directement les éléments sécrétoires ; ces deux actions, sécrétoire et vaso-motrice, seraient concomitantes, mais indépendantes. Cette vue générale n'est pas encore vérifiée pour toutes les glandes.

» Chez la femme, les nerfs de la mamelle sont de deux ordres : *cutanés* et *glandulaires*. Les nerfs glandulaires viennent des nerfs intercostaux; les nerfs cutanés viennent des nerfs intercostaux et des branches thoraciques du plexus brachial.

» L'influence de ces nerfs sur la sécrétion mammaire a été mise en lumière par l'expérimentation et par l'observation, et les faits fournis par ces deux méthodes ont une grande importance pour la bonne direction de l'allaitement ; aussi les faut-il exposer ici avec quelques détails.

» 1° Les premières expériences de section des nerfs mammaires, faites par Cl. Bernard, Eckhard, de Smety, chez les animaux, n'ont pas permis de constater une modification sécrétoire quelconque. Bec-

querel et Auber avaient avancé cependant que l'électrisation des nerfs mammaires augmente la sécrétion lactée.

» Rohrig a repris ces recherches, en 1876, chez la chèvre. La mamelle de cet animal offre, d'après lui, trois ordres de branches nerveuses : 1° des *branches vasculaires :* leur section augmente beaucoup la sécrétion ; l'excitation du bout périphérique la supprime ; 2° des *branches du mamelon* ou *papillaires ;* leur section relâche le mamelon sans modifier la sécrétion ; l'excitation du bout périphérique érige le mamelon ; l'excitation du bout central augmente la sécrétion par action réflexe ; 3° des *branches glandulaires :* leur section ralentit la sécrétion ; l'excitation du bout périphérique l'augmente.

» D'après Rohrig, les nerfs agissent surtout par leur fonction vaso-motrice. Pour lui, la quantité de lait s'accroit ou diminue en même temps que la tension du sang dans les vaisseaux. Toutefois, Laffont, en 1879, a soutenu l'existence de nerfs secrétoires distincts des nerfs vaso-moteurs.

» Le Dr Mironoff a montré que l'excitation d'un nerf périphérique quelconque diminuait la sécrétion et concentrait le liquide sécrété, augmentant en particulier sa teneur en graisse.

» La sortie du lait de la mamelle est déterminée par la succion du nourrisson, aidée sans doute par la contraction des fibres lisses des conduits excréteurs.

» 2° L'influence du système nerveux sur la sécré-

tion mammaire est encore prouvée par *l'observation clinique*. La sécrétion lactée peut être augmentée ou diminuée par des *états émotifs* ou des *troubles nerveux divers*.

» Il est des femmes chez lesquelles la vue et les pleurs de leur enfant qui demande à têter font gonfler les seins et affluer le lait. En revanche, toutes les émotions dépressives, surtout lorsqu'elles sont brusques, peuvent diminuer ou tarir la sécrétion lactée, au moins d'une manière temporaire. La frayeur, la colère, le chagrin peuvent supprimer la sécrétion lactée ou même la modifier et la rendre délétère. Ces faits ont été quelquefois contestés. M. Budin les a mis hors de doute. A la maternité, au pavillon des débiles, une nourrice allaite plusieurs enfants. Or, M. Budin a vu que les enfants allaités par une même femme subissaient le même jour, sous l'influence d'une grande colère de la nourrice, une notable perte de poids.

» Chez les animaux, on observe aussi des faits probants. Parfois, pour exciter la sécrétion lactée, chez une vache, une ânesse ou une chèvre, il faut placer près d'elles leur petit ou un animal qui leur ressemble. « Souvent on trompe la sottise des vaches, dit Olivier de Serres, en mettant près d'elles un veau empaillé, à l'approche duquel la mère se laisse traire, prenant ce mannequin pour celui qu'il représente. »

» D'Ardenne cite le cas d'une vache chez laquelle la sécrétion lactée fut supprimée à la suite d'une violente frayeur.

» Ce qu'il faut retenir de tous ces faits, en particulier des expériences de Rohrig, c'est que la sécrétion lactée es tle produit d'un *acte réflexe*. Le point de départ habituel du réflexe est l'excitation du mamelon par la succion ou la traite.Le centre spinal est mal déterminé. L'aboutissa nt est la suractivité circulatoire de la mamelle et la sécrétion du lait.

» Le pouvoir galactogène de la succion est démontré par des faits très curieux où l'on voit la *sécrétion lactée s'établir chez des femelles non fécondées et même chez des mâles.* »

Les faits rapportés dans nos observations XVII, XIX, XX et XXIII ; sont de belles preuves pour montrer que la succion du sein peut entraîner la lactation hétéro-chrone.

A côté de l'influence du système nerveux sur la sécrétion mammaire nous devons signaler les relations qui existent entre le fonctionnement des organes génitaux et la lactation, et c'est là un point sur lequel nous voulons insister; en effet, il n'a pas été suffisamment mis en lumière dans les traités classiques à propos des anomalies de la sécrétion lactée ; les observations que nous rapportons prouvent à l'évidence qu'une simple altération des organes génitaux peut entraîner une altération correspondante dans la fonction de la mamelle. En temps normal, la sécrétion mammaire se prépare à l'occasion de la présence du fœtus dans la cavité utérine, s'établit après son expulsion, et se continue, entretenue par la succion

du mamelon grâce au mécanisme nerveux que nous avons étudié.

Par quelles voies s'établit cette relation ? Il est peu probable qu'il s'agisse de la voie nerveuse, si on en croit l'expérience de Mironoff : une chèvre dont les mamelles avaient été énervées put nourrir après avoir mis bas. C'est par la voie sanguine que s'établirait la relation, et cela, au moyen de substances spéciales sécrétées au niveau des organes génitaux. Bouchacourt pense qu'il s'agit de substances produites par le placenta, substances qui seraient absorbées surtout au moment du décollement placentaire et provoqueraient le phénomène de la montée laiteuse.

« Il est d'observation courante, dit M. Bouchacourt, que toutes les femelles d'animaux utilisent, pour leur nutrition individuelle, le placenta et les membranes, et que, chez les animaux domestiques, malgré les efforts répétés de l'homme, l'instinct de la placentophagie subsiste dans toute son intégrité. Cette coutume s'est rencontrée à diverses époques chez différents peuples : au Brésil, chez une peuplade de la Russie d'Asie, chez des indigènes de l'Amérique ; enfin, elle existe encore aujourd'hui au Soudan (Raynaud).

» Les préparations placentaires ont été conseillées dans l'antiquité et le moyen âge dans des buts divers : comme aphrodisiaque, contre la stérilité ; comme adjuvant de l'accouchement, contre les tranchées de l'accouchée, contre la rétention des membranes,

contre les hémorragies utérines, dans l'épilepsie et l'apoplexie, et enfin, récemment dans les métrites chroniques et l'involution utérine *post-puerpérale* (Iscovesco, 1898). Dans la thérapeutique chinoise, l'organothérapie placentaire est encore très employée comme adjuvant de l'accouchement et contre la chlorose (Bouffard, 1900 ; J. Regnault, 1902).

» Des recherches expérimentales m'ont conduit à admettre que l'ingestion de placenta, *glande à sécrétion interne*, n'était nullement indifférente. D'après 9 observations cliniques, l'ingestion de placenta de brebis semblerait exercer une *action excitante sur la glande mammaire*. Les femmes nouvellement accouchées à qui il en a été administré ont eu une montée de lait très abondante ; des femmes qui, au bout de trois ou quatre jours, n'avaient pas de poussée mammaire, l'ont eu après l'ingestion de placenta, et même, chez une jeune femme qui n'avait jamais été enceinte, l'ingestion d'extrait placentaire a provoqué de la tuméfaction des seins avec début de sécrétion de colostrum.

« Je signale également une action purgative incontestable. »

Mais on peut lui objecter que le nouveau-né ou la fille pubère, dont les mamelles sécrétent, n'ont pas de placenta à leur disposition. On peut objecter précisément nos cas de lactation en dehors de la puerpéralité. Il nous paraît plus juste de chercher cette substance excitatrice de la sécrétion mammaire, dans la sécrétion interne de l'ovaire. Cette

substance mise en liberté dans les conditions normales de la grossesse, pourrait être produite par un ovaire malade, chez une femme non enceinte.

Mathias Duval disait : « L'excitant spécifique de la sécrétion lactée, paraît être de nature humorale », agents chimiques, sans doute produits dans les ovaires ou quelqu'autre partie des organes de reproduction, dont la nature et le mode d'action nous échappent encore. D'ailleurs cette hypothèse, concorderait assez avec des faits observés, soit durant la grossesse, soit en dehors de la grossesse et qui nous montrent des rapports entre l'ovaire et la mamelle. En substance les voici :

Une lactation abondante empêche l'ovulation, d'où aménorrhée au temps de l'allaitement, et stérilité en raison de l'atrophie des ovaires et de l'utérus à la suite de l'allaitement prolongé ; galactorrhée et aménorrhée hors le temps de la grossesse, notre observation XIII en est un beau cas.

L'ovulation entrave la lactation : c'est ainsi qu'au retour des règles, la lactation diminue chez une femme qui nourrit.

« L'ablation des ovaires, dit Vogt, peut entraîner l'augmentation de la sécrétion lactée. Halban et Alterthum n'ont-ils pas signalés les faits déjà connus des éleveurs d'animaux, que les animaux castrés donnent plus de lait que les animaux non castrés ? Et Jentzer et Bentner et Sænger qui ont constaté que les vaches, dont les ovaires ont été extirpés, produisent autant de lait que celles qui ont vélé. Et l'on sait, à

présent, que des femmes castrées par le Porro au moment de l'accouchement, peuvent être bonnes nourrices. Enfin, Hegar, Alterthum et Th. Landau constatèrent la sécrétion lactée après castration. Grünbaum rapporta, plus récemment, que sur 21 cas, quatorze fois après la castration, la sécrétion était apparue comme suite opératoire. »

La cause déterminante de la sécrétion mammaire au temps ou hors le temps de la puerpéralité semble donc bien être une substance chimique produite dans les ovaires, puisque nous relevons, entre mamelle et ovaires, des rapports aussi étroits.

On va même plus loin et Ralano parle d'un antagonisme entre l'ovulation et la lactation. Et de fait, plusieurs des observations que nous avons rapportées sont des preuves puissantes en faveur de cette théorie. C'est ainsi que dans l'observation d'Emile Vogt (obs. XIII), nous avons une femme qui a brusquement une disparition de règles au moment où sa glande mammaire commence à sécréter, et un retour soudain de ses menstrues coïncidant avec la disparition de sa galactorrhée, et cela hors le temps de la puerpéralité.

En résumé, l'ovaire paraît être l'intermédiaire obligeant dont les loyaux services assurent l'harmonie entre deux organes assez éloignés l'un de l'autre : la mamelle et l'utérus ; et ce serait sa sécrétion interne qui provoquerait l'activité fonctionnelle de la glande mammaire pendant la gestation et en dehors de la gestation. Pendant la puerpéralité, cette

sécrétion ovarienne serait due à la présence du fœtus dans l'utérus modifiant pour un temps la physiologie de l'ovaire ; cela déterminerait l'activité de la mamelle ensuite aidée et entretenue par la succion des seins, et le désir de la mère d'allaiter son enfant. En dehors de la puerpéralité, cette sécrétion ovarienne anormale par sa présence en dehors d'une grossesse, pourrait être amorcée par une lésion des organes génitaux, et entretenue par une action mécanique, une irritation locale, une influence psychique.

Si maintenant nous jetons un regard d'ensemble non seulement sur les anomalies de la sécrétion lactée, mais encore sur les anomalies des mamelles, nous constaterons la fréquence des rapports entre ces anomalies et celles des organes génitaux : dans plusieurs observations, l'*amastie* coïncide avec un arrêt de développement des organes génitaux ; l'*hypertrophie du sein chez la femme* a pu être rapportée dans quelques cas à un état pathologique de la glande génitale ; la *gynécomastie* est presque toujours liée à une lésion des testicules ; les *troubles de la sécrétion lactée* eux aussi sont dus fréquemment à des lésions ovariennes. C'est là le point particulier que nous avons tenu à mettre en lumière dans l'histoire de la *lactation hétérochrome*, véritable anomalie acquise.

CHAPITRE VI

Pronostic

La sécrétion mammaire, en dehors de la puerpéralité, ne peut entraîner de conséquences fatales que si elle se prolonge beaucoup trop longtemps, ou si elle n'a pu être arrêtée par le traitement mis en usage ; et elle devient alors d'autant plus dangereuse qu'elle atteint des femmes dont la constitution offre moins de résistance, ou qui portent déjà les germes d'une maladie organique.

Quand la lactation survient chez un sujet robuste, qu'elle est peu abondante et de peu de durée, elle est une simple incommodité ; la femme a bien parfois des fourmillements et des élancements dans sa mamelle, la congestion de sa glande au moment de ses époques, est assez désagréable, mais sa santé générale reste indemne ; si la personne est au contrairedébilitée, si elle a eu de nombreux enfants et qu'elle ait toujours nourri, si surtout au moment de l'examen la sécrétion est déjà considérable, on aura une galactorrhée grave, et des troubles profonds de l'état général sont à redouter.

D'ailleurs, on ne pourra jamais se prononcer sur la durée de la lactation, et l'on devra toujours songer aux troubles nerveux qui peuvent survenir, même dans le cours d'une sécrétion mammaire légère. Puis nous savons que galactorrhée dit quelquefois affection génitale latente. C'est là encore une considération qui, dans un cas de sécrétion, doit nous empêcher de porter trop rapidement un pronostic favorable.

En somme, le pronostic de la lactation en dehors de la puerpéralité doit être réservé et il peut être grave.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement de la sécrétion mammaire en dehors de la puerpéralité, varie avec la cause de cette anomalie. Avons-nous de la galactorrhée, et une lésion génitale ? C'est cette lésion que nous aurons d'abord à traiter pour arriver à la suppression de la sécrétion lactée. C'est en supprimant, par une hystérectomie abdominale totale, deux ovaires atteints de dégénérescence kystique, et un utérus siège d'une métrite invétérée, que M. le Dr Baumgartner supprima la galactorrhée de sa malade ; Engstrom arriva au même résultat en traitant les maladies génitales de plusieurs femmes, atteintes de sécrétion hétérochrone. La guérison n'a pas toujours été radicale aussitôt après l'opération, mais on a toujours eu des améliorations notables ; dans tous les cas, il faut savoir attendre ; car une mamelle habituée à produire du lait, peut conserver encore longtemps son pouvoir sécréteur, alors que la cause qui tient la sécrétion sous sa dépendance a cessé d'agir. Lorsque la sécrétion mammaire, coïncide avec de l'aménorrhée, on doit chercher à rétablir le cours normal des

régles, soit en faisant de la révulsion du côté de l'utérus, soit en prescrivant des emmenagogues. L'ergotine de Bonjean a dans un cas de sécrétion lactée, donne de bons résultats au Dr Casa Luigi, dont nous avons rapporté l'observation (obs. XXIV).

Est-ce une irritation locale qui a déterminé la sécrétion mammaire ? Il faut avant tout supprimer la cause de l'irritation. Vogt rapporte une observation où nous voyons une sécrétion mammaire consécutive à une brûlure grave ; la brûlure guérie et l'épidermisation complète, la sécrétion disparaît.

Quand la galactorrhée est en rapport avec une excitation mécanique des organes génitaux ou du mamelon, on a en général une sécrétion peu abondante, et il suffira bien souvent de supprimer l'excitation pour voir disparaître l'écoulement.

La sécrétion lactée, qui relève d'une influence psychique,est aussi légère ordinairement,et là encore, en faisant un traitement causal on pourra triompher de la galactorrhée.

Tout en cherchant à instituer un traitement qui s'adresse directement à la cause même de la sécrétion, on ne devra pas délaisser complètement les moyens qui ont été jusqu'à présent employés pour combattre cette anomalie. Il est bien connu que la galactorrhée augmente avec le mouvement et diminue avec le repos ; nous en avons d'ailleurs la confirmation dans plusieurs observations ; le premier conseil à donner à une femme atteinte de sécrétion lactée est donc : repos absolu. Puis nous devrons

songer au régime, que nous rendrons moins réparateur.

Localement, nous pourrons agir sur la sécrétion par la compression. On cherchera à modérer l'excitabilité locale par des applications calmantes : narcotiques, opium, jusquiame, belladone ; si elles sont insuffisantes, on appliquera des pommades astringentes au ratanhia, à l'oxyde de zinc, sur le bout des seins et sur l'aréole, dans le but de resserrer les orifices des canaux lactifères.

En même temps, et s'il y a des signes d'affaiblissement général, on retirera de grands avantages de l'usage des toniques, quinquina et ferrugineux sous toutes leurs formes. Dans l'intervalle des règles, on peut donner des purgatifs drastiques : l'agaric blanc, donné à la dose de 1 gramme par jour en quatre prises, influence parfois très heureusement la galactorrhée. On a obtenu de bons résultats avec l'antipyrine donnée journellement à la dose de 1 gramme. L'électricité pourrait être essayée. Nous préférerions l'opothérapie ovarienne (administration de poudre d'ovaire) qui en rétablissant le cours altéré des règles tarirait par cela même l'écoulement du lait.

Ce n'est qu'après échec de tous ces moyens, persistance d'une sécrétion excessive et altération de l'état général, qu'on aurait recours à une intervention chirurgicale soit agissant sur les organes génitaux, soit même consistant à extirper les glandes mammaires.

CONCLUSIONS

1° Les mamelles peuvent sécrèter et excréter du lait en dehors de la puerpéralité. On désigne ce phénomène sous le nom de lactation héterochrone. C'est nne anomalie très rare de la sécrétion lactée.

2° Cette lactation peut être unilatérale ou bilatérale.

3° Elle est d'habitude peu abondante, mais dans certains cas, la quantité de lait sécrété peut être assez considérable, et la persistance de la sécrétion assez longue pour entraîner de graves phénomènes généraux. Elle s'accompagne de modifications dans les seins, analogues à celles qui se voient dans la lactation normale.

4° Une irritation de voisinage, une excitation mécanique des mamelles, l'émotion ou certains troubles psychiques et surtout une lésion fonctionnelle ou organique des organes génitaux et de l'ovaire en particulier, en sont les causes principales.

5° La cause déterminante de la sécrétion paraît résider dans la sécrétion interne de l'ovaire, provoquée en temps normal par la présence du fœtus, et en dehors de la puerpéralité par une altération pathologique de la sphère génitale.

6° La lactation hétérochrone de cause génitale est une preuve des relations intimes entre la mamelle et les organes génitaux, que l'on rencontre non seulement dans les fonctions normales et le développement normal de ces organes, mais aussi dans leurs diverses anomalies anatomiques et fonctionnelles. Ces relations peuvent se comprendre comme un antagonisme fonctionnel.

7° Le pronostic de la lactation, en dehors de la puerpéralité doit être réservé et il peut être grave.

8° Le traitement est médical et chirurgical, et s'adresse soit à la sécrétion, soit à sa cause, qu'elle soit locale ou génitale.

9° L'écoulement de lait par le mamelon d'une femme, n'implique pas fatalement une grossesse actuelle ou antérieure, fait qui au point de vue médico-légal peut avoir son importance.

Vu : le Président de la thèse,
P. BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Vogt (Émile). — Zentralblatt für Gynækologie du 28 juin 1909 et du 19 novembre 1911.

Hallauer. — Zeitschrift für Geburtsh. in Gyn., 1910, t. LXV, fasc 3, p. 664.

Engstrom (Otto). — Annales de Gynécologie, 1889.

Luigi (Casa). — Sécrétion mammaire après la ménopause (Gazetta delle Cliniche).

Capron. — Des Anomalies de la sécrétion mammaire. Thèse de Paris, 1877, n° 377.

Duval. — De la sécrétion mammaire non puerpérale. Thèse de Paris, 1887, n° 92.

Schacher (Fredericus).—De lacte virarum ac virginum, num illud nutriendo infanti sufficiat. Thèse de Paris, 1842.

Gautier Neveu (Dr).— Un cas de sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge (Lyon médical, 1903).

Grillcupsala (G.), lœkaresaren. — Sœrhaude, IX.6.538 (Revue de Hayem, t. VIII, 1879, p. 249).

Chaussier. — Leçons de Physiologie.

Bouchut. — Hygiène de la première enfance.

Richer. — Causes célèbres, vol. X, p. 432.

Leray (Raoul). — Tribune médicale du 1er janvier 1910.

Audebert. — Gaz. méd., 1841, p. 250.

Annales de Gynécologie (sécrétion mammaire), t. I.

Gazette des hôpitaux (grossesse nerveuse), 1860, p. 35.

Rose. — Capious lactiferous secretion in a sterile woman, enough to perform the duties of lactation Indian. M. Rec. Calcutta, 1896, 42.

Noël. — Nouvelles observations de sécrétion lactée chez les femelles non fécondées et chez les mâles (Écho de méd. des Cévennes. Nîmes, 1901, p. 207-213).

Perez. — Note sur un cas de sécrétion mammaire d'origine inconnue. (Arch. de Tocol. Paris, 1890, p. 108-110).

Morton. — Curieuse observation de sécrétion laiteuse hors le temps de la grossesse (Journal de méd. et de chirurg. prat. Paris, 1838, p. 22-24).

Dufrèche. — Essai sur les appareils mammaires et de la gestation dans leurs relations. Thèse de Paris, 1895-1896.

Velpeau. — Traité des maladies des seins.

Jones. — Trans. of the Obst. Soc. of Cincinati (Amer Journ. of Obstetr., 1887, t. XX, p. 92).

Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique. Article : Galactorrhée.

Delbet. — Mamelles, in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Testut. — Traité d'anatomie.

Lefranc. — Dissertation sur la lactation. Thèse de Paris, 1820, n° 6.

Saunais. — Considérations médicales sur les mamelles. Thèse de Paris, 1812, n° 62.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Sinety (de). — Manuel de Gynécologie.

Moreau. — Des Causes de la sécrétion du lait dans les mamelles. Thèse de Paris, 1842, n° 84.

Rorhig. — Physiologie des mamelles. Traduit par Zuber (Revue des Sciences médicales, Hayem).

Puech. — Les Mamelles et leurs anomalies. Paris, 1876.

Binaud et Braquehaye. — Maladies de la mamelle, in Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet.

Scanzoni. — Verhandl. der phys. med. Gesell, zu Würsburg, t. II, n° 19, p. 852.

Gullat (M.). — Arch. gén. de méd.

Gubler. — Mém. de la Soc. de biol., 2e série, t. II.

Suiéty (De). — Arch. de physiol., 1875.

Bernard (Claude). — Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme.

Cliquet. — Tribune médicale, 4 nov. 1877.

Humboldt. — Voyage aux régions équinoxiales du Nouveau Continent.

Duval (Mathias). — Précis de physiologie.

Marfan (A.-B.). — Traité de l'allaitement.

Mironoff. — Soc. des méd. russes de Saint-Pétersbourg, 1893.

Beaunis. — Nouveaux éléments de physiologie humaine, 3e édition. Paris, 1888, t. II, p. 208.

Budin. — Troubles nerveux chez les nourrices. Retentissement immédiat sur leurs nourrissons (l'Obstétrique, 1896, p. 321).

Bouchacourt. — Nouvelles recherches sur l'opathérapie placentaire. Société de biologie, 1er février 1902. Voir aussi, dans l'Obstétrique de 1902, le mémoire intitulé: Utilisation naturelle de la partie extra embryonnaire de l'œuf : Placentophagie ; propriétés galactogènes du placenta.

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1509-12